

Angel en Antenne

Het functioneren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in
de casus van de neuroloog van het Medisch Spectrum Twente

mr. R.J. Hoekstra

Angel en Antenne

Het functioneren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in
de casus van de neuroloog van het Medisch Spectrum Twente

Onderzoek uitgevoerd door de commissie-Hoekstra in opdracht van de
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag
mei 2010

“Zij is angel en antenne. Angel voor beroepsbeoefenaren en instellingen, waar wetten worden overtreden, of waar geaccepteerde normen met voeten worden getreden. De angel kan soms ook een (on)gevraagd advies zijn aan de minister, waar beleid tekort is geschoten. Tegelijk is de inspectie voor diezelfde minister oren en ogen: de antenne, gericht op het veld. Dat is zij ook voor het veld zelf en de burger, waar dilemma’s en lacunes zichtbaar worden, met name als het beleid, de praktijk van de gezondheidszorg en niet te vergeten de noden en verwachtingen van de burger onvoldoende op elkaar aansluiten.”

(Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Jaarrapport 2001'. Den Haag mei 2002, blz. 9)

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 De aanleiding voor dit onderzoek en de onderzoeksvragen	9
2 Van 'silent service' naar 'public service'	13
Ontwikkelingen en veranderingen binnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg	
3 Angel en antenne	19
De wijze waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht uitoefent	
4 De inspectie en de neuroloog	31
Reconstructie van de feitelijke gang van zaken (2000-2009)	
4.1 Vooraf	31
4.2 De inspectie, patiënten en de neuroloog	32
4.3 De inspectie, collega's en de neuroloog	40
4.4 De inspectie, de raad van bestuur, de raad van toezicht en de neuroloog	43
4.5 De inspectie, de verzekeraar en de neuroloog	50
4.6 De inspectie, de klachtencommissie en de neuroloog	51
4.7 De inspectie en de neuroloog: de balans	52
4.8 De inspectie en de neuroloog: epiloog	64
4.9 De inspectie en de neuroloog: eerste conclusies	65
5 Knelpunten en keuzes voor de komende jaren	67
6 Aanbevelingen	75
Bijlagen	79
1 Onderzoeksopdracht	81
2 Organogrammen Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003 en 2009	83
3 De inspectie: enkele feitelijke gegevens	87
4 Toezicht op de gezondheidszorg in Nederland	89
5 Lijst van afkortingen	93
6 Chronologisch overzicht	95
7 Lijst van personen	99
8 Verslagen van gesprekken	103
9 Geraadpleegde literatuur	159
10 Verantwoording	161
11 Over de commissie	163

Samenvatting

De inspectie voor de gezondheidszorg kreeg met name tussen 8 september 2000 en 15 juli 2004 verschillende signalen dat dr. Jansen in ernstige mate disfunctioneerde. Het eerste signaal in deze periode was een klacht van een patiënte waarbij een verkeerde diagnose was gesteld. De inspectie vond wat haar was overkomen "onzorgvuldig" van dr. Jansen en raadde de patiënte aan een klacht in te dienen bij de klachtencommissie van het Medisch Spectrum Twente of bij het regionale tuchtcollege. De klachtprocedure bij het tuchtcollege bracht aan het licht dat dr. Jansen zonder toestemming van zijn patiënte onderzoek had laten doen naar haar bloed. Dat leidde in juli 2001 tot een tweede klacht bij de klachtencommissie en tot uitbreiding van de tuchtklacht. De inspectie was nauwgezet op de hoogte van deze klachten.

Het volgende signaal betrof weer een klacht. Ditmaal in januari 2002 van de echtgenoot van een patiënte van dr. Jansen die overleed als gevolg van complicaties bij het inbrengen van een infuussysteem. Bij de inspectie leefden twijfels over de juistheid van de door dr. Jansen gestelde diagnose. Na verloop van tijd staakte de inspectie, net als bij de eerste klacht, naspeuringen en navraag.

Op 18 november 2003 nam een apotheker contact op met de inspectie omdat een Enschedese neuroloog zichzelf in korte tijd vier keer grote hoeveelheden Dormicum® had voorgeschreven. Of deze melding binnen de inspectie tot vervolgstappen heeft geleid is niet met zekerheid te traceren. De apotheker heeft in december 2003 een collega van dr. Jansen gemeld dat dr. Jansen op gestolen receptpapier van deze collega en dat van een andere collega van dr. Jansen op 5 en 8 december 2003 zichzelf in totaal tachtig tabletten Dormicum® had voorgeschreven. Of de inspectie van deze vervalsing op de hoogte is gesteld is onzeker. Wel deed de inspectie op 14 juli 2004 onderzoek naar vier door dr. Jansen vervalste recepten. Deze vervalsing werd anoniem in een telefoongesprek aan de officier van justitie voorgelegd.

Een aantal van deze signalen hadden betrekking op tuchtwaadige en zelfs strafrechtelijk vervolgbare feiten. De signalen werden beoordeeld aan de hand van de vraag of sprake was van onverantwoorde zorg. Zolang niet kon worden vastgesteld of sprake was van onverantwoorde zorg bleef nader onderzoek uit of besloot de inspectie van verdere stappen af te zien. Wel ging de inspectie op 24 mei 2004 in gesprek met dr. Jansen over de voorwaarden waaronder hij te zijner tijd weer als arts aan de slag zou kunnen gaan. Deze afspraken werden vastgelegd als 'onvoorwaardelijke maatregelen'. Op 3 januari 2006 kreeg dr. Jansen van de inspectie te horen dat hij weer als arts en neuroloog een nieuwe werkkring kon zoeken. Deze toezegging werd dezelfde dag nog schriftelijk bevestigd. Maar op dat moment had dr. Jansen niet aan alle voorwaarden voldaan die de inspectie aan de werkhervatting van dr. Jansen had gesteld.

De commissie heeft opdracht gekregen na te gaan wie binnen de inspectie wat wist over de casus van dr. Jansen en wat betrokkene hiermee heeft gedaan. De commissie heeft gereconstrueerd hoe binnen de inspectie in deze casus is gehandeld en zij trekt hieruit vier conclusies:

1. de inspectie had het disfunctioneren van dr. Jansen eerder moeten onderzoeken. Pas in maart 2004 kwam de inspectie in actie, maar al op 18 november 2003 had de inspectie naar aanleiding van de melding van de Centrum Apotheek in Enschede een gedegen onderzoek moeten beginnen;
2. de inspectie had aangifte moeten doen van diefstal van medicijnen en vervalsing van recepten. De handelwijze van de inspectie bij de melding van de Centrum Apotheek op 18 november 2003 was een gemiste kans, van 'gerommel in de medicijnkast' was de inspectie op 10 maart 2004 op de hoogte, maar het onderzoek van de inspectie van 14 juli 2004 had volgens de eigen regels onherroepelijk moeten leiden tot aangifte;
3. de inspectie had de voorwaarden voor het vertrek en de werkhervatting van dr. Jansen beter in de gaten moeten houden;
4. binnen de inspectie had het disfunctioneren van dr. Jansen moeten zijn aangekaart op het niveau van hoofdinspecteur en inspecteur-generaal. De informatievoorziening over deze casus binnen de inspectie gebeurde in die tijd ad hoc en fragmentarisch.

Het uitblijven van nader onderzoek naar signalen voor het disfunctioneren van dr. Jansen is te wijten aan een aantal omstandigheden die het zicht op deze signalen, de samenhang ertussen en de ernst van de zaak hebben belemmerd:

- de signalen, klachten en meldingen over het disfunctioneren van dr. Jansen hadden betrekking op een periode van bijna tien jaar, van het begin van de jaren negentig tot halverwege het volgende decennium. Zonder de samenhang tussen deze signalen te kennen kwam de inspectie niet toe aan een antwoord op de vraag of sprake was van onverantwoorde zorg. In plaats hiervan bekeek de inspectie elk voorval en elke aanwijzing afzonderlijk alsof sprake was van een eerste signaal dat bij het functioneren van dr. Jansen vraagtekens moesten worden gezet;
- in deze periode was sprake van ingrijpende veranderingen binnen de inspectie. De inspectie was een organisatie die regionaal was georganiseerd en als een federatie van de in 1995 gefuseerde inspecties functioneerde. Hierdoor liepen meldingen en klachten binnen de inspectie langs elkaar heen. De uitwisseling van informatie tussen de verschillende regio's (en helaas ook daarbinnen) was gebrekkig;
- de signalen en meldingen waren niet altijd luid en helder genoeg. De wijze waarop de inspectie in deze casus is omgegaan met (anonieme) meldingen bevorderde het bijeenbrengen van alle beschikbare informatie over dr. Jansen niet, maar de keuze voor anonimiteit van de melder(s) was niet behulpzaam voor een slagvaardig optreden van de inspectie;
- de inspectie richtte zich te veel op navragen en te weinig op doorvragen bij het onderzoeken van signalen en meldingen;
- bij het uitvoeren van toezicht in deze casus hanteerde de inspectie een rangorde in informatieverzameling. Ze ging lange tijd, te lang, bijna blindelings af op wat zorgprofessionals en bestuurders de inspectie (vaak op navraag) voorhielden. Ze had alerter moeten omgaan met informatie van patiënten en betrokken burgers, waaronder één lid van de Tweede Kamer. De interventie van een tweede lid van de Tweede Kamer bracht de inspectie ook niet in beweging;
- binnen de inspectie speelden de vele wisselingen van de wacht een effectieve aanpak van een problematisch functionerende medisch specialist parten. In een periode van nauwelijks drie jaren waren drie elkaar opvolgende inspecteurs met het toezicht op het Medisch Spectrum Twente belast. Een vierde inspecteur had op grond van de toen binnen de inspectie geldende werkverdeling ook nog bemoeienis met een klacht van een patiënt over dr. Jansen. Tussen deze personen ontbrak het aan een goede overdracht van dossierkennis en informatie.

De inspectie heeft bij haar functioneren in deze casus ook te maken gehad met andere tekortschietende instanties en personen:

- dr. Jansen heeft afspraken gemaakt met de inspectie over de voorwaarden waaronder hij eventueel weer als medisch beroepsbeoefenaar zou kunnen gaan fungeren. Hij heeft deze afspraken niet nagekomen en heeft de inspectie onjuist ingelicht over de nakoming van de met hem afgesproken voorwaarden;
- medische beroepsbeoefenaren die betrokken waren bij de psychiatrische en psychologische behandeling van dr. Jansen en aldus een rol vervulden bij het nakomen van de tussen de inspectie en dr. Jansen gemaakte afspraken hebben zich op hun beroepsgeheim beroepen en op grond hiervan niet aan de verzoeken van de inspectie meegewerkt;
- de informatie-uitwisseling tussen de inspectie en verschillende leden van de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente verliep moeizaam.

Toen en ook nu worstelen de inspectie en het ministerie met de 'zekere onafhankelijkheid' die de inspectie binnen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft. De inspectie, waarvan de historische wortels teruggaan tot 1804, en het ministerie waar voor alle ambtenaren, ook die van de inspectie, geldt dat hun doen en hun laten vallen onder de ministeriële verantwoordelijkheid, kennen een ongemakkelijke verstandhouding. Hier ligt het eerste knelpunt waarvoor de commissie aanbevelingen doet.

Het huidige functioneren van de inspectie roept vragen op bij de commissie als het gaat om de behandeling van individuele klachten van patiënten, hun familieleden of nabestaanden. Dat geldt ook voor anonieme klachten. De inspectie stelt zich hierbij terughoudend op. Té terughoudend vindt de commissie en daarom doet zij op aanbevelingen voor een beter functioneren in dit opzicht.

Tenslotte is vanaf 2001 binnen de inspectie een koers ingezet naar centralisatie en uniformering. Tegelijkertijd is de regionale opzet van de inspectie tot op zekere hoogte blijven bestaan. Dat houdt risico's in. Voor zover binnen de kaders van centralisatie en uniformering regionale accenten worden aangebracht zijn deze risico's beperkt en beheersbaar. Maar het vinden van de juiste balans is lastig en daarom doet de commissie ook wat dat betreft een aanbeveling.

De aanbevelingen van de commissie zijn:

Aanbeveling 1.

Over en weer zou meer begrip voor prioriteiten vanuit het beleid én knelpunten bij de uitvoering wenselijk zijn en in ieder geval periodiek moeten worden besproken in aanwezigheid van de politieke en ambtelijke leiding van het ministerie aan de ene kant en de leiding van de inspectie (inspecteur-generaal, plaatsvervangend inspecteur-generaal en hoofdinspecteurs) aan de andere kant.

Aanbeveling 2.

'De 'zekere onafhankelijkheid' van de inspectie vraagt om een zelfstandige, open en transparante opstelling van de inspectie, ook naar de Tweede Kamer. De inspecteur-generaal – zo stelt de commissie voor – zou regelmatig met de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van gedachten moeten wisselen over de belangrijkste bevindingen uit haar toezicht. Dit – gelet op de ministeriele verantwoordelijkheid – in aanwezigheid van de minister.

Aanbeveling 3.

Binnen het ministerie vraagt dit ook om een organisatorische aanpassing en belegging van het toezichtbeleid bij een centrale directie. Deze nieuwe organisatie zou voorrang moeten geven aan de beoordeling en uitvoering (met inbegrip van een heldere tijdsplanning) van de aanbevelingen voor het beter functioneren van de inspectie die het afgelopen jaar zijn gedaan: het eigen onderzoek van de inspectie, het onderzoek van professor mr. dr. J. Legemaate, de aanbevelingen van de commissie Lemstra-I, de adviezen van de Nationale ombudsman en het recente advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de toelatingsovereenkomst tussen raad van bestuur en medisch specialist en de aanbevelingen die ik in dit rapport heb opgenomen.

Aanbeveling 4.

De commissie raadt aan de wijze waarop de inspectie wenst om te gaan met meldingen waarnaar vooralsnog geen nader onderzoek wordt ingesteld te veranderen. De nu geldende beperkingen bij het registreren en bewaren van de documentatie en informatie die aan deze meldingen ten grondslag liggen belemmeren de wettelijke taak van de inspectie. Voor de commissie prevaleert de wettelijke taak. Dit houdt in dat de wijze waarop andere overheidsinspecties met zulke meldingen omgaan voor een nadere standpuntbepaling van de inspectie leidend zou moeten zijn.

Anonieme meldingen

De huidige aanpak van de inspectie is onduidelijk. Anonieme klagers worden nadrukkelijk geattendeerd op de regeling dat bij de inspectie anoniem klagen niet mogelijk is. Op deze regeling maakt de inspectie zelf uitzonderingen als aanmerkelijk is dat sprake is van ernstige misstanden.

Aanbeveling 5.

De commissie beveelt aan om de huidige regeling en de wijze waarop de inspectie hiermee omgaat te herzien.

De huidige structuur van de organisatie van de inspectie is nog steeds een mengvorm van centralisatie en regionale verankering. Aan regionale verankering zijn nadelen verbonden.

Aanbeveling 6.

Onderzoek de voor- en nadelen van volledige centralisatie en collocatie van alle onderdelen van de inspectie in het midden van het land (regio-Utrecht).

1. De aanleiding voor dit onderzoek en de onderzoeksvragen

1. Aanleiding

Zeven jaar geleden kreeg een toen 58-jarige man van de neuroloog dr. E.N.H. (Ernst) Jansen te horen dat hij aan de ziekte van Alzheimer leed.¹ “Ik zag het verdriet van mijn vrouw en zoon. Je verwacht op die leeftijd nog wat van het leven, maar dan krijg je ineens heel andere gesprekken. Ik zei tegen mijn vrouw: je bent tien jaar jonger. Als jij een leuke man tegenkomt, ga dan je gang,” vertelde hij toen. Ze keken samen vast in een verpleeghuis, hoe dat zou zijn ‘straks’. “Maar toen heb ik voor mezelf besloten: dat ga ik niet meemaken. Ik jakker tegen een brugpijler.” Ruim een jaar later bezocht deze patiënt een andere neuroloog van het Medisch Spectrum Twente. Daar bleek de diagnose foutief. Een ‘second opinion’ in het VU Medisch Centrum wees uit dat de patiënt niet aan de ziekte van Alzheimer leed, maar minimale epilepsie had.²

Op 4 oktober 2000 was de diagnose voor een andere patiënt van dr. Jansen dat hij jong dement zou worden. Volgens de man, op dat moment 54 jaar oud, had de neuroloog hem voorgehouden dat hij nog een half jaar tot twee jaar redelijk zelfstandig zou kunnen leven. Deze patiënt verkocht zijn huis en betrok een woning samen met het gezin van zijn dochter om zijn eigen verzorging in goede banen te kunnen leiden. Uiteindelijk werd ook bij hem een andere diagnose vastgesteld.³

Twee verhalen, twee voorbeelden van de gevolgen van het disfunctioneren van een medisch specialist in zijn omgeving: ziekenhuis, collega-medisch specialisten en andere zorgprofessionals. Het disfunctioneren van dr. Jansen is beschreven in ‘En waar was de patiënt..?’, het rapport van de commissie-Lemstra.⁴

Dit onderzoek richt zich op één heel specifiek deel van de omgeving die door de commissie-Lemstra is onderzocht: de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tijdens een overleg van de Tweede Kamer met de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport regende het verwijten in de richting van de inspectie.⁵ En ook de commissie-Lemstra velde een hard oordeel over de inspectie. Er zou sprake zijn van verzuim en nalatigheid om te toetsen of verantwoorde zorg werd geboden. Wat de inspectie deed was meer gericht op de genezing van een arts met een verslavingsprobleem dan op de bescherming van de gezondheid van patiënten. Tot op de dag van vandaag zou de inspectie ‘stilzitten’ en zou de inspectie hebben nagelaten om beroepsbeperkende maatregelen tegen de disfunctionerende neuroloog te nemen. Aldus de commissie-Lemstra.⁶

1 De commissie heeft ervoor gekozen om de naam van de betrokken neuroloog volledig te noemen, omdat deze naam algemeen bekend is. De betrokken neuroloog noemt of noemde zich overigens Jansen Steur. De toevoeging ontleent of ontleende de heer Jansen aan de achternaam van zijn moeder. De commissie houdt het bij ‘Jansen’.

2 ‘Freddy de Haan zocht al ‘n brug uit’. In: Tubantia van 12 januari 2009. ‘OM opent onderzoek naar neuroloog’. In: NRC Handelsblad van 17 januari 2009

3 ‘Wim is nooit meer de oude geworden’. In: Tubantia van 12 januari 2009.

4 Rapport van de externe onderzoekscommissie MST (Lemstra-1), ‘En waar was de patiënt..?’ Enschede 1 september 2009

5 Verslag van een algemeen overleg op 24 september 2009. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 123 XVI, nr. 16

6 Rapport van de externe onderzoekscommissie MST (Lemstra-1), ‘En waar was de patiënt..?’ Enschede 1 september 2009, blz. 60 en 61

De inspectie reageerde als volgt:

“De IGZ [Inspectie voor de Gezondheidszorg: RH] heeft zich afgevraagd of dit voorkomen had kunnen worden en wat haar rol hierin was. De IGZ komt tot de conclusie dat - met de kennis van nu over de patiëntenschade - we indertijd tot een andere inschatting van de ernst van de situatie zouden zijn gekomen.

De kennis van de IGZ van toen was echter zeer beperkt. Interne partijen binnen het ziekenhuis, zoals de collega-artsen van de neuroloog, maar ook het stafbestuur en de Raad van Bestuur, hebben hun verantwoordelijkheid onvoldoende genomen om op tijd het disfunctioneren van deze arts aan te pakken en de IGZ te informeren. Dit terwijl zij meer informatie hadden over het disfunctioneren van de neuroloog. De inspectie heeft - omdat zij geen aanwijzingen had voor medisch-inhoudelijk disfunctioneren - vragen gesteld, maar geen nader onderzoek ingesteld. De IGZ vertrouwde op de Raad van Bestuur, die meermaals verzekerde dat de kwaliteit van zorg niet in het geding was.

*Achteraf stelt de IGZ vast dat dit vertrouwen niet gerechtvaardigd was. Het systeem dat de kwaliteit van zorg moet borgen heeft onvoldoende gefunctioneerd. De IGZ is een lerende organisatie en ontwikkelt zich al enige jaren van een traditionele toezichthouder naar een moderne handhavingsorganisatie. De IGZ heeft acties ondernomen om haar werkwijze verder te verbeteren, onder meer door **intern onderzoek te doen naar het inspectiehandelen bij gebeurtenissen rond de neuroloog, advies te vragen aan professor Legemaate** en op basis daarvan toekomstgerichte maatregelen te nemen. De IGZ neemt de aanbeveling van de commissie-Lemstra over om richtlijnen op te stellen voor het eerder herkennen van disfunctioneren.*

In 2000/2001 ontving de IGZ klachten van een patiënte over onvoldoende dossiervorming, twijfel over de diagnose en bijbehorende medicamenteuze behandeling en ongevraagd bloedonderzoek. De IGZ heeft conform haar Leidraad Meldingen geen nader onderzoek ingesteld: er leek geen sprake van een structureel probleem, maar van een individuele klacht. De IGZ heeft geen wettelijke taak in de behandeling van individuele klachten.

In 2004 vroeg De Telegraaf de IGZ naar een vermeend ontslag van de neuroloog door het ziekenhuis wegens opiaatverslaving. De inspectie was hierover door de Raad van Bestuur niet geïnformeerd. Bij navraag verschaftte de Raad van Bestuur de IGZ informatie over medicijnendiefstal en receptvervalsing door de neuroloog. Het ziekenhuis heeft daarom met de neuroloog afgesproken dat deze vervroegd met pensioen ging.

De acties van de IGZ richtten zich vervolgens op beperking van de werkzaamheden van de verslaafde arts elders. Retrospectief onderzoek naar patiëntenzorg leek de inspectie op dat moment niet nodig. Doordat het ziekenhuis de neuroloog op ziekteverlof stuurde vormde deze immers geen bedreiging meer voor de patiëntenzorg. Patiënten werden door de vakgroep geïnformeerd en/of behandeld en claims van patiënten werden in behandeling genomen. Daardoor had de inspectie vertrouwen in de aanpak van het ziekenhuis.

Met de kennis van nu komt de IGZ tot de conclusie dat de feiten zo ernstig waren dat nader onderzoek gerechtvaardigd was geweest. De IGZ beschikte toentertijd echter niet over signalen dat de neuroloog medisch inhoudelijk disfunctioneerde. Het ziekenhuis had (in verschillende rollen) deze signalen wel, maar meldde ze niet aan de inspectie.

De IGZ was bekend met signalen over slechte werkverhoudingen binnen de vakgroep, één casus van een twijfelachtige diagnose en ongevraagd bloedonderzoek (meldingen van één patiënt in 2000 en 2001), slechte dossiervoering (melding zorgverzekeraar in 2004), en medicijnverslaving (antwoord Raad van Bestuur op inspectievragen in 2004, toen de arts al niet meer werkte). De inspectie heeft diverse malen bij de Raad van Bestuur navraag gedaan over mogelijke schadelijke gevolgen voor patiënten, maar deze verzekerde de IGZ meermaals dat de kwaliteit van zorg niet in het geding was. De IGZ heeft hierop vertrouwd. Achteraf stelt de IGZ vast dat dit vertrouwen niet gerechtvaardigd was.

De inspectie heeft het onderzoek van de Commissie-Lemstra afgewacht. Op basis van de nieuwe feiten in dit rapport, komt de IGZ tot de conclusie dat het onverantwoord is dat deze neuroloog nog ooit zijn beroep uitoefent. Als het daarvoor nodig is dat de inspectie een tuchtzaak aanspant, dan zal zij dat zeker doen. Overigens loopt er op dit moment een gerechtelijk vooronderzoek door het Openbaar Ministerie, waar de IGZ uiteraard zo nodig aan meewerkt.

Primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg ligt bij de behandelend arts. De beste controle daarop kan plaatsvinden bij de collegae waarmee hij iedere dag samenwerkt en die hem waarnemen bij fwezigheid.

De medische staf en het stafbestuur zien toe op het functioneren van het professionele kwaliteitssysteem in het ziekenhuis. Het is dan ook zeer ernstig als een arts weet heeft van een disfunctionerende collega en dit niet meldt aan de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg, legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht en moet calamiteiten bij de inspectie melden.

De inspectie heeft een toezichthoudende taak op dit systeem. Zij is daarbij deels afhankelijk van meldingen van zorgverleners, Raden van Bestuur en patiënten. Daarnaast doet de inspectie ook zelf onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van zorg in het algemeen, maar vooral daar waar ze aanwijzingen heeft dat kwaliteit en veiligheid mogelijk bedreigd zijn.

De inspectie moet uitgaan van vertrouwen in de handelings- en de meldingsbereidheid van de Raad van Bestuur, totdat er concrete signalen zijn dat dit vertrouwen niet gerechtvaardigd is. Dit is geen waterdicht systeem. Het is het vak van de inspecteur om in te schatten wanneer vertrouwen niet meer gerechtvaardigd is. Dat doet hij op basis van harde feiten zoals kwaliteitsindicatoren, meldingen en resultaten van onderzoek. Vanzelfsprekend doet hij dit ook op basis van zijn kennis en ervaring van het zorgveld.

De inspectie is een lerende organisatie. Ook naar aanleiding van deze casus vraagt de inspectie zich af hoe zij eerder de ernst van een dergelijke situatie kan inschatten, om vervolgens doeltreffend, passend en proportioneel op te kunnen treden. Inmiddels is er door verbetering van onze ICT beter zicht op signalen door de tijd heen. De IGZ neemt de aanbeveling van de commissie-Lemstra over om richtlijnen op te stellen voor eerder herkennen van disfunctioneren.

De inspectie moet altijd een afweging maken of, en zo ja welk onderzoek nodig is en welke maatregel het meest effectief is om haar doel te bereiken. Als hulpmiddel bij deze afweging heeft de inspectie in 2008 haar Handhavingskader gepubliceerd. Op dit moment werkt de IGZ per wettelijk handhavinginstrument uit, welke maatregelen zij zal nemen in welke situatie. Dit moet burgers en instellingen inzicht geven in wat de inspectie doet en inspecteurs helpen consequent en doeltreffend op te treden.

Als BIG-geregistreerde zorgverleners (zoals artsen en verpleegkundigen) aantoonbaar en blijvend disfunctioneren, dan moet de inspectie ervoor zorgen dat zij geen gevaar meer kunnen zijn voor patiënten. Uitgangspunt is dat de inspectie bij maatregelen die de beroepsuitoefening beperken, zoveel mogelijk de 'koninklijke weg' van bevel, tuchtrechter of College van Medisch Toezicht bewandelt.

Een enkele keer is een vrijwillige beroepsbeperkende afspraak tussen inspectie en een zorgverlener wenselijk. Het is immers een maatregel die effectief en snel verder risico voor de patiëntenzorg voorkomt. Soms moet de inspectie eerst nog nader onderzoek doen voordat zij de wettelijke handhavinginstrumenten kan inzetten en schriftelijk geformuleerd, zorgvuldig onderbouwd en 'advocaat-proof' kan aantonen dat een zorgverlener disfunctioneert. Dit kost tijd.

Een tijdelijke maatregel is soms op korte termijn de enige mogelijkheid om ervoor te zorgen dat een zorgverlener geen patiënten behandelt, een bepaalde ingreep niet meer uitvoert of alleen onder supervisie werkt. De inspectie heeft, in navolging van het advies Legemaate, afgesproken deze vrijwillige beroepsbeperkende afspraken centraal binnen de inspectie te registreren. Verder ondersteunt de inspectie het advies van professor Legemaate om de beroepsbeperkende afspraken die de IGZ maakt op te nemen in een besloten deel van het BIG-register, dat voor bepaalde belanghebbenden is in te zien.

Inmiddels heeft de minister, op basis van het advies van professor Legemaate, besloten dat het mogelijk wordt dat een tuchtrechter een arts al tijdelijk schorst bij het indienen van een tuchtklacht. Dit moet nog wettelijk geregeld worden. Op dit moment kan een arts pas geschorst worden als de tuchtrechter daadwerkelijk een uitspraak heeft gedaan, waarbij de schorsing als maatregel aan de arts wordt opgelegd.”⁷

De nogal uiteenlopende beoordelingen van de rol van de inspectie liggen ten grondslag aan dit onafhankelijke onderzoek. Op 2 december 2009 is mij gevraagd het functioneren van de inspectie in deze casus te onderzoeken. Het spreekt voor zich dat dit onderzoek niet het eerder gevoerde onderzoek van de commissie-Lemstra overdoet. Inmiddels is sprake van een tweede onderzoek onder voorzitterschap van professor dr. W. Lemstra.⁸ Wederom in opdracht van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente. Ook vindt in het Medisch Spectrum Twente een onderzoek plaats naar de medische dossiers van dr. Jansen. Ten slotte loopt een strafrechtelijk onderzoek naar deze medisch specialist en naar het handelen van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente.

⁷ Zie <http://www.igz.nl/actueel/nieuwsberichten/reactie-onderzoek-neuroloog>

⁸ Zie voor de opdracht van deze tweede commissie-Lemstra: http://www.mst.nl/onzeorganisatie/archief/nieuws_nieuws/commissie-II.doc/. Zie ook de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 12 januari 2010. Tweede Kamer Vergaderjaar 2009-2010, 32 123 XVI, nr. 110

1.2 Onderzoeksvragen

De minister heeft mij gevraagd dit onderzoek uit te voeren en hij heeft dit verzoek als volgt gespecificeerd:

- Onderzoek wie binnen de IGZ wanneer over welke relevante informatie met betrekking tot de neuroloogcasus Medisch Spectrum Twente beschikte in de periode 2000 (eerste melding bij IGZ) tot januari 2009 (start IGZ-intern onderzoek) en wat betrokkene met die informatie heeft gedaan;
- Indien zich nieuwe feiten over het IGZ-handelen ten opzichte van het IGZ-interne onderzoek van februari 2009 zouden voordoen, doe mogelijk aanvullende aanbevelingen inzake systeemoptimalisatie en operationele verbeteringen in de huidige werkwijze van de inspectie om soortgelijke situaties in de toekomst goed het hoofd te kunnen bieden.

Om de rol en het functioneren van de inspectie goed te kunnen onderzoeken en beoordelen heb ik gekozen voor een ruime aanpak van mijn onderzoek. Zo'n ruime aanpak is gerechtvaardigd omdat in de onderzoeksvragen niet alleen een reconstructie van de feitelijke gang van zaken aan de orde komt, maar ook wordt gevraagd naar eventuele verbeteringen in de werkwijze van de inspectie. En dat is een uiterst belangrijke vraag, omdat patiënten schade is berokkend en omdat het aanzien van het ziekenhuis, van de inspectie en van de Nederlandse gezondheidszorg in Nederland is geschaad. Kortom, wat in Enschede is voorgevallen, mag niet weer gebeuren. De onderzoeksopdracht, zoals die op 12 januari 2010 ter kennisname aan de Tweede Kamer is gezonden, is in bijlage 1 opgenomen.

1.3 Leeswijzer

Het tweede hoofdstuk van dit rapport schetst de ontwikkeling van de organisatie van de inspectie in de afgelopen jaren vanaf 2000. In hoofdstuk 3 ga ik nader in op de werkwijze van de inspectie. Hoe heeft zij het toezicht op zorginstellingen en medische beroepsbeoefenaren op papier opgezet? Hoe reageert ze op meldingen en klachten? Welke leidraad hanteert ze hierbij? Wat houdt deze leidraad in? Anno 2010, maar ook in de periode dat de eerste klachten en signalen over dr. Jansen de inspectie bereikten. Het vierde hoofdstuk bevat het antwoord op de eerste onderzoeksvraag. In dit hoofdstuk wordt nagegaan wie binnen de inspectie wat, wanneer en hoe wist over de disfunctionerende neuroloog in het Medisch Spectrum Twente in Enschede en wat men met deze kennis heeft gedaan. Aan het eind van het vierde hoofdstuk trek ik conclusies over de eerste onderzoeksvraag. Het vijfde hoofdstuk gaat in op de tweede onderzoeksvraag. Hierin ga ik na of mijn reconstructie handvatten biedt voor het oplossen van knelpunten en het maken van keuzes in de werkwijze en organisatie van de inspectie. In het laatste hoofdstuk leg ik aanbevelingen voor.

Het toezicht op de gezondheidszorg in Nederland is belegd bij verschillende instanties. Het is immers niet alleen de inspectie die hierin een taak heeft. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit en de Nederlandse Mededingingsautoriteit vervullen een rol. Hun taken en hun onderlinge verhoudingen zijn in bijlage 4 beschreven. De periode waarop mijn onderzoek betrekking heeft beslaat ruim negen jaar. In bijlage 6 is een chronologisch overzicht opgenomen. In bijlage 8 zijn de verslagen van gesprekken met een aantal rechtstreeks betrokkenen opgenomen en in bijlage 10 leg ik verantwoording af over de wijze waarop ik dit onderzoek heb uitgevoerd.

Om de leesbaarheid te vergroten zijn de afkortingen in de citaten voluit geschreven of verklaard en is gebruik gemaakt van een uniforme benaming van personen, instanties en dergelijke.

2. Van 'silent service' naar 'public service'

Ontwikkelingen en veranderingen binnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Vanaf 2000 maakte de inspectie - zo was de bedoeling - de overgang van een 'silent service' naar een 'public service'. Een proces dat niet zonder slag of stoot verliep. En ook niet zonder publicitaire en parlementaire aandacht. Dat alles liet velen binnen de inspectie niet onberoerd.

2.1. Algemeen kader

Toen op 4 september 2000 mevrouw G.M. Damink-Huisman zich voor het eerst bij een van de inspecteurs in Arnhem, dr. D.J.B. Ringoir, beklagde over dr. Jansen, zat de inspectie midden in een ingrijpend veranderingsproces. De toenmalige minister van Volksgezondheid, mevrouw dr. E. Borst-Eilers, omschreef de maalstroom waarin de inspectie op dat moment was terechtgekomen als volgt:

*"Zij [de inspectie: RJH] worstelt, in het licht van allerlei veranderingen, al vanaf 1995 met haar takenpakket en werkwijze. Decennia hebben 150 zelfstandige inspecteurs geheel naar eigen inzicht gefunctioneerd. De complexere gezondheidszorg van nu vraagt om teamwork en ketenzorg. Ook in de bestuurlijke verhoudingen is het nodige veranderd. Er is sprake van een terugtrekkende overheid en meer zelfregulering op het gebied van kwaliteit, waardoor ook de toezichtfilosofie is veranderd. [...] Het verwachtingspatroon van de inspectie is ook veranderd. Men wil dat zij het belang van de burger dient. Van een silent service wordt overgegaan naar een public service, van zelfstandig werkende inspecteurs naar centrale sturing, gericht op eenheid in beleid, van casustoezicht moet worden overgegaan op systeemtoezicht. Een reorganisatie is daarvoor noodzakelijk, terwijl het werk gewoon door moet gaan."*⁹

13

2.2. Het rapport van de Algemene Rekenkamer van 4 februari 1999

Het staatstoezicht op de volksgezondheid kent een lange geschiedenis die terug gaat tot aan het eind van de achttiende eeuw toen het zogeheten Agentschap van Nationale Opvoeding met de volksgezondheid werd belast. In 1865 ontwierp Thorbecke de Gezondheidswet, waarin het toezicht werd opgedragen aan zeven inspecteurs, door de Kroon benoemde artsen in dienst van de overheid.

Aan het eind van de twintigste eeuw braken voor de inspectie turbulente tijden aan. Op 1 januari 1995 gingen de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Inspectie van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen op in een nieuwe organisatie: de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Op 1 januari 1997 werd aan deze nieuwe organisatie de Inspectie op de Bejaardenoord toegevoegd. Doel was om tot een meer uniform toezicht op de gezondheidszorg te komen. In 1999 bestond de inspectie uit een hoofdinspectie in Den Haag en zeven regionale inspecties. Naast de regionale indeling was ook sprake van een functionele organisatie. Drie hoofdinspecteurs waren belast met (1) de preventieve en curatieve gezondheidszorg én verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg, (2) de geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg en (3) de farmacie en medische technologie.

Een belangrijke wetswijziging kreeg op 1 januari 1996 haar beslag. Met de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen werden zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor het verlenen van kwalitatief goede gezondheidszorg. De inspectie was net als voorheen louter betrokken als toezichthouder. Zorginstellingen en zelfstandige zorgprofessionals droegen zorg voor een klachtenregeling. Ook veranderde per 1 januari 1998 de wettelijke positie van de inspectie. In verschillende

⁹ Verslag van een algemeen overleg op 11 mei 2000. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 395, nr. 5, blz. 6

wetten werd expliciet opgenomen dat ambtenaren van het staatstoezicht belast waren met het toezicht op de naleving en opsporing.

Juist in deze periode van ingrijpende veranderingen deed de Algemene Rekenkamer onderzoek naar het functioneren van de inspectie uit. Een van de conclusies was dat de gewenste uniformiteit van het toezicht in 1999 nog niet was bereikt.¹⁰ Op alle onderzochte aspecten bleek de werkwijze van de zeven regionale inspecties uiteen te lopen, zonder dat regionale verschillen daartoe aanleiding gaven. De verdeling van de inspectiecapaciteit over de verschillende soorten toezicht (algemeen, thematisch en interventie- of incidententoezicht) bleek sterk uiteen te lopen. Ook de verdeling van de toezichtsactiviteiten over de verschillende soorten zorgaanbieders was willekeurig. Sommige zorgaanbieders kwamen zelfs nauwelijks aan bod. In de rapportages van de inspectiebezoeken was geen sprake van heldere normen. In nog geen derde van de gevallen gingen de regionale inspecties na wat binnen de zorginstellingen met hun aanbevelingen werd gedaan.

De Algemene Rekenkamer kwam tot de conclusie dat de regionale inspecties relatief veel tijd kwijt waren aan wat enigszins verhullend werd omschreven als “voorwaardenscheppende activiteiten”: maar liefst tussen de 46 en 66 procent van de werktijd van de inspecteurs ging hierin zitten.¹¹

Ook in de Tweede Kamer lag de inspectie in die tijd onder vuur. De inspectie kreeg in de parlementaire enquête naar de Bijlmer-ramp de wind van voren: de inspectie had volgens de enquêtecommissie blijk gegeven van “onvoldoende gevoel” voor haar “maatschappelijke en medische verantwoordelijkheid” door de klachten van omwonenden niet serieus te nemen.¹²

Op 26 februari 2000 gooide de toenmalig secretaris-generaal mr. R. Bekker de knuppel in het hoenderhok. Aanleiding waren enkele krantenberichten waarin medewerkers van de inspectie anoniem hun zorgen over de reorganisatie uitten.¹³ In een interview in NRC Handelsblad sprak Bekker over een “identiteitscrisis” waarin de inspectie verkeerde: “de inspectie was in de prut weggezakt.” De inspectie was achterop geraakt en kon de ontwikkelingen “niet bijslaffen”: “inspecteurs spreken artsen, in de instellingen die ze onderzoeken, aan met ‘beste collega’. Ouderwets, vindt Bekker, en het toezicht is volgens hem nu “veel te arbeidsintensief.”¹⁴

In dit interview wees de toenmalige secretaris-generaal ook op de weerstand tegen de veranderingen binnen de inspectie: “Bij de regionale inspecties is onrust ontstaan over de reorganisatie. Ze kunnen hun werk niet meer goed doen, vinden ze, onder meer doordat het aantal senior-inspecteurs in de regio afneemt. Na de reorganisatie blijven er twaalf over van de 33. Het aantal inspecteurs neemt volgens gegevens van het ministerie zelf af van 72 naar 63, en het aantal adjunct-inspecteurs verdubbelt van negen tot achttien. “Ik wil geen leger met alleen maar kolonels”, zegt Bekker.”

Ook wilde de hoogste ambtenaar van het ministerie dat de tijd van inspecteurs voor hun eigenlijke toezichtstaken fors omhoog moest: “[Die tijd] moet worden verhoogd tot minimaal zeventig procent. Er wordt nogal wat afgekleit in zo’n tent”, aldus de heer Bekker. De in gang gezette reorganisatie was naar de mening van de secretaris-generaal slechts de voorbode van nog verdergaande veranderingen: “Als onderdeel van de reorganisatie wordt het aantal regio’s teruggebracht van zeven naar vier. De stap van zeven naar één vond Bekker nog te groot, maar het “zou het eindplaatje kunnen zijn. Ik wil daar wel naar toe.” De dienst moest volgens Bekker hiërarchischer, strakker worden georganiseerd, de zelfstandigheid van de inspecteurs was “te ver doorgeschoten”.

Per 1 juni 2000 zou de inspectie een “nieuw boegbeeld” krijgen. Zelfs de benaming van de hoogste persoon in de inspectie onderging een verandering. Was eerder sprake van algemeen hoofdinspecteur, vanaf 1 juni was het inspecteur-generaal. De toen 51-jarige cardioloog en klinisch cardiovasculair farmacoloog professor dr. J.H. Kingma nam het roer over en kondigde nog voor zijn aantreden aan: “deze reorganisatie is nog maar het begin.”¹⁵

In de Tweede Kamer bleven deze kritische geluiden niet onopgemerkt en er was ongerustheid over koers en aanpak van de inspectie. Tegen deze achtergrond werd aangedrongen op een onderzoek naar het functioneren van de inspectie. De minister reageerde hierop met de toezegging dat “de heer Kingma en zichzelf deze gedachte onderschrijven.”¹⁶

10 Algemene Rekenkamer, ‘Inspectie voor de Gezondheidszorg’. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26 395, nrs. 1-2, blz. 15

11 Ibidem, blz. 17

12 Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26 241 nrs. 8-9, blz. 402

13 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer, 3 maart 2000, kenmerk DBO-CB-U-2048265, blz. 8

14 ‘Wie niet mee wil doen, sodemietert maar op’. In: NRC Handelsblad van 26 februari 2000

15 ‘Dit boegbeeld is niet zonder macht, ik wil sturen’. In: de Volkskrant van 29 februari 2000

16 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 395, nr. 5, blz. 10

2.3. Op weg naar gezond vertrouwen. Advies over de strategie voor de IGZ, mei 2001

Op 3 maart 2000 gaf de minister een vooruitblik op de veranderingen binnen de inspectie: "Er is een reorganisatieplan vastgesteld, de OR stemt daarmee in, een drietal onderdelen van de IGZ heeft in 1999 het ISO-certificaat behaald, er is een taakstellend werkplan, de inzetbare tijd is vergroot, een strategienota is bijna klaar. De moeilijkste fase, de implementatie, moet echter nog komen en zal binnenkort met volle kracht worden gestart."¹⁷ Kort daarna trad de nieuwe inspecteur-generaal aan en werd gestart met het opstellen van de strategie voor de inspectie.

In juli 2000 werden in 'Opmaat voor een nieuwe strategie' drie strategische doelen geformuleerd:

- de inspectie draagt naar vermogen bij aan preventie van gezondheidsproblemen;
- de inspectie bewaakt dat er geen kwalitatief onverantwoorde zorg wordt verleend en ziet toe op een hoogwaardig aanbod van geneesmiddelen;
- de inspectie communiceert doeltreffend en betrouwbaar met burgers, veld en politiek.¹⁸

Tegelijkertijd was een extern adviesbureau gevraagd een projectenplan te schrijven voor de versnelling van de reorganisatie. Binnen de inspectie was de organisatie gecentraliseerd. Daarmee werd tegemoetgekomen aan een van de bezwaren uit het rapport van de Algemene Rekenkamer van 1999.

Op 15 januari 2001 ging de commissie-Abeln van start. Op aandringen van de Tweede Kamer zou deze commissie het functioneren van de inspectie tegen het licht houden; het voorzitterschap was in handen van de heer ir. H.J.B.M. Abeln. De opdracht aan de commissie luidde als volgt:

- het vormgeven van de wenselijke strategie van de inspectie, waarbij het kader wordt gevormd door de notitie 'Opmaat voor een nieuwe strategie' en waarbij de hedendaagse inzichten en opvattingen over de taken van de inspectie in de advisering worden betrokken;
- het vaststellen van de benodigde kwantitatieve personele capaciteit van de inspectie in relatie tot de consequenties van hetgeen hiervoor is vermeld voor de werkwijze van de inspectie;
- het adviseren over de mate waarin de wetgeving die de inspectie handhaaft, concordeert met de huidige politieke en maatschappelijke opvattingen over de taken van de inspectie;
- het beantwoorden van de vraag of en zo ja in welke omvang en voor welke situaties de inspectie dient te beschikken over (meer) sanctiemogelijkheden.

De commissie presenteerde in mei 2001 haar visie op de strategische uitdagingen voor de inspectie en de vertaling daarvan voor het wettelijk kader, het sanctie-instrumentarium en de personele capaciteit.¹⁹ De commissie beschreef de twee hoofdtaken van de inspectie. De ene taak is het toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg (kwaliteitstoets) met inbegrip van doelmatigheid en toegankelijkheid. De andere taak is het signaleren van veiligheidsrisico's voor de volksgezondheid (veiligheidstoets). De commissie koos als positionering voor de inspectie dat deze "vân de minister is, zich richt op de zorgaanbieders, maar handelt vooral vanuit de belangen van burgers: vóór de burgers." Daarom zou de inspectie zich veel meer moeten profileren als 'public service', waarbij zij openheid en transparantie die wordt gevraagd door de burger ook zelf maximaal betracht. Open en duidelijk over haar werkwijze, onderzoeksresultaten en verwachte acties van betrokken partijen.

Voor het wettelijk instrumentarium beval de commissie het volgende aan:

- de inspectie moet een formele (wettelijke) bevoegdheid krijgen om de minister openlijk te adviseren om een zorgaanbieder een aanwijzing te geven;
- de inspectie moet de bevoegdheid krijgen te schorsen of activiteiten op te schorten. Zo kan worden ingegrepen bij disfunctionerende hulpverleners/professionals;
- tenslotte moet de inspectie de bevoegdheid krijgen tot het vorderen van een bestuurlijke boete. Dit is met name wenselijk in de gevallen dat het openbaar ministerie, door prioritering, onvoldoende snel kan optreden bij overtredingen die voor de handhaving van de inspectie belangrijk zijn (bijvoorbeeld het misbruiken van een titel).

17 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer, 3 maart 2000, kenmerk DBO-CB-U-2048265, blz. 8

18 Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 271, nrs. 1-2, blz. 63

19 Adviescommissie IGZ, 'Op weg naar gezond vertrouwen. Advies over de strategie van de IGZ'. Den Haag mei 2001

De commissie adviseerde om op de langere termijn te komen tot een algemene toezichtswet waarin taken, verantwoordelijkheden en sanctiemogelijkheden van de inspectie zouden worden geregeld. De commissie adviseerde verder om de omvang van het 'directe' personeel van de inspectie te verhogen van 210 naar 350 tot 400 voltijds functie-equivalenten en voor de hele inspectie van 350 naar 500 tot 600 voltijds functie-equivalenten.

In 2003 werd de inspecteur-generaal ziek. Hij genas, maar was bijna een jaar uit de running. Ook tijdens zijn afwezigheid bleef het rommelen binnen de inspectie. Dit leidde in augustus 2003 tot een arbeidsgeneeskundig onderzoek naar ziekte en welbevinden onder inspectiemedewerkers.

2.4. Klagen en klachten binnen de inspectie

Binnen de inspectie leefde onvrede over de reorganisatie en stonden de persoonlijke verhoudingen onder spanning. Uit het arbeidsgeneeskundig onderzoek kwamen klachten over intimidatie binnen de inspectie naar boven, die al gauw hun weg vonden naar de publiciteit.²⁰ Het ging volgens deze anonieme berichten om "manipuleren, mensen tegen elkaar uitspelen, alles willen controleren en bij weerwoord of kritiek dreigen met ontslag."

In het publicitaire tumult kwamen ook vragen naar voren over de keuzes die in de reorganisatie waren gemaakt. Had de inspectie er verstandig aan gedaan om de functie van regionaal inspecteur af te schaffen? Volgens inspecteur-generaal Kingma was sprake van – achteraf gezien – een foute keus: "Eerlijk gezegd was het niet mijn fout. Ik begon op het moment dat het reorganisatieplan al was aangenomen. In dat plan werden de regionale inspecteurs op de regiokantoren afgeschaft. De kantoren werden voortaan geleid vanuit Den Haag. Dat was een verkeerde beslissing. Maar ik ben er wel verantwoordelijk voor. Ik had moeten zeggen: dat doe ik niet."²¹ Volgens Kingma was de inspectie "na bijna tien jaar nog steeds niet één geheel. Het is een 'federatie' van inspecties. En dat is niet wat de samenleving ervan verwacht. Instellingen [...] willen niet vandaag de inspecteur voor de pillen op bezoek krijgen, morgen die voor de verpleging en overmorgen die voor de specialisten, en dan tussendoor ook nog de Keuringsdienst van Waren en de Arbeidsinspectie. Instellingen willen één inspectie. En gelijk hebben ze."

De toekomstplannen voor de inspectie hadden zelfs een schaduw geworpen op het feest voor het tweehonderdjarig bestaan van het staatstoezicht: "De helft kwam, de andere helft niet. Ik heb er een paar gebeld, vanuit Loosdrecht. Ik zei: waar ben je nou? Ja zeg, zeiden ze, wat denk je wel, dat ik naar zo'n feest kom? Niet leuk, vond Kingma. Maar met de mensen die er wel waren, was het leuker dan verwacht. Volgens hem wil zeventig procent van de 'club' wel veranderen. Van wat er overblijft is, denkt hij, de helft te overtuigen. In de andere helft zitten de mensen die zich blijven verzetten. "In mijn ronde langs de vestigingen zei iemand: gefaseerd toezicht, hou toch op, laat me met rust. Ik zeg dan: hoor je hier dan wel thuis?" Mensen zitten niet voor zichzelf bij de inspectie, zegt Kingma. Ze zitten er voor de samenleving."²²

Naar aanleiding van de klachten over intimidatie vond onder voorzitterschap van de heer H.A.P.M. Pont een onderzoek plaats. Het onderzoek leverde enkele onthutsende conclusies op:

- er is een breed gedeelde indruk dat slecht met medewerkers wordt omgegaan;
- het grote aantal opeenvolgende – en niet afgemaakte – reorganisaties binnen de inspectie heeft geleid tot onzekerheid over de eigen functie en onveiligheid;
- er is geen eenheid van leidinggeven in het college van hoofdinspecteurs: hoofdinspecteurs worden gezien als voorgangers van hun eigen cluster.²³

De ondernemingsraad van de inspectie wilde dat deze crisis in de inspectie moest worden bestreden met een crisismanager.²⁴ Op 23 december 2004 trad drs. N.C. Oudendijk aan als plaatsvervangend inspecteur-generaal.

20 'Intimidatie door staf zorginspectie' en 'Bij inspectie durft niemand kritiek te uiten op de baas'. In: NRC Handelsblad van 15 juli 2004

21 'Hier onveilig? Onveilig ben je in Soedan' In: NRC Handelsblad van 16 juli 2004

22 Ibidem

23 Commissie Pont, 'Rapport naar aanleiding van het onderzoek naar het voorkomen van intimidatie binnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg.' Den Haag 29 november 2004

24 'Inspectie behoeft crisismanager'. In: Trouw van 11 december 2004

2.5. Van inspecteursdienst naar inspectiedienst

Binnen de inspectie was in de woorden van de heer Oudendijk “veel strijd” geleverd.²⁵ De provinciale/regionale inspecties waren gefuseerd. De organisatie zag er als volgt uit: een hoofdinspectie in Den Haag en vier regionale inspecties. Maar er waren veel verliezers in de organisatie. Veel mensen hadden in figuurlijke zin blauwe plekken opgelopen: er was grote onvrede. Velen hadden moeite met het gegeven dat men in een eerdere regio de regionaal inspecteur was geweest en in de nieuwe regio ondergeschikt aan het hoofd vestiging moest functioneren. De regionale inspecteurs bleven naar eigen goeddunken handelen en de leiding in Den Haag was onvoldoende betrokken.

Op het moment van aantreden van de heer Oudendijk werkten honderd mensen bij de hoofdinspectie. Ook binnen de hoofdinspectie werd autonoom gehandeld door individuele medewerkers die daardoor de leiding wel eens verrasten. Een voorbeeld: in de krant stond dat de Arbeidsinspectie haar focus zou gaan richten op de ziekenhuizen. De leiding van de hoofdinspectie was niet op de hoogte. Na twee weken uitzoeken bleek een inspecteur overleg te hebben gevoerd en afspraken te hebben gemaakt met de Arbeidsinspectie. Noch de leiding noch enige andere inspecteur binnen de inspectie wist daar verder van.

In de periode dat de reorganisatie haar beslag kreeg werkten kwalitatief zeer hoogwaardige professionals bij de inspectie maar de organisatie kende geen goede structuur. De top van de inspectie werd niet stelselmatig geïnformeerd, maar raakte toevallig betrokken bij het functioneren via bijvoorbeeld de publiciteit. De aanwezige protocollen werden niet gebruikt. Wie zich niet aan de protocollen of aan afspraken wilde houden, kon dat veilig doen. Dit was mogelijk in een context waarin de inspectie als toezichthouder weinig geprofessionaliseerd was en er geen heldere afspraken over beleid waren geformuleerd. Staatstoezicht, maar met een cultuur van en voor dokters. Er was sprake van een grote professionele betrokkenheid: iedereen kende elkaar. De inspectie functioneerde op zijn best in het overleg met de instelling als het niet over al te ingewikkelde zaken ging. Zodra er werkelijk iets aan de hand was, ontstond er een soort wegliepgedrag.²⁶

Eind 2005 naderde de reorganisatie haar eindstadium. Op 1 december 2005 hadden bijna alle medewerkers van de inspectie hun voorlopige plaatsingsbrief gekregen. Volgens de toenmalige minister wilde “de overgrote meerderheid van de medewerkers, naar ik ben geïnformeerd, de jarenlange escalatie van problemen stoppen en het vizier richten op risicogestuurd toezicht in disciplineoverstijgende integrale inspectieprogramma’s met een zo groot mogelijk effect op de veiligheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid van de zorg en zo weinig mogelijk toezichtslast.”²⁷

Ruim tien procent van de medewerkers had de inspectie in 2005 verlaten. Dertig medewerkers hadden gebruik gemaakt van de zogeheten Remkes-regeling, die ambtenaren van 58 jaar en ouder de gelegenheid bood om met prepensioen te gaan. Dit was in kwalitatief opzicht een forse aderlating. Onder de vertrekkers zaten nogal wat ervaren inspecteurs: “De heer Edgar was zeer tegen de uitvoering van de Remkes-regeling. Bij andere rijksinspecties werd de Remkes-regeling beduidend minder tot niet toegepast. De heren Bekker [secretaris-generaal: RJH] en Oudendijk [plv. inspecteur-generaal: RJH] waren voorstanders van een zogeheten zachte sanering en beoogden de inspectie zo klein mogelijk te houden. De heer Edgar herinnert zich dat de heer Bekker op de Inspectie Academie verkondigde dat de inspectie overbodig was. Menig buitenland had geen inspectie. Dus in Nederland: hoe kleiner hoe beter.”²⁸

Bij het afscheid van de heer Kingma op 25 januari 2006 roemde de toenmalige minister de vertrekkende inspecteur-generaal: “hij wilde de gedecentraliseerde inspectie stevig op één lijn brengen. Met als doel om er een inspectiedienst van te maken, in plaats van een inspecteursdienst – een doel waar ik overigens volledig achter sta.”²⁹ Maar toen zijn opvolger op 1 oktober 2006 aan het hoofd kwam te staan van de inspectie was de nare nasmaak van de reorganisatie bij menigeen nog niet verdwenen: “er was sprake van een organisatie waar nog wel wat pijn en rancune in zat.”³⁰ Vanaf 2007 richtte de inspectie zich weer op de toekomst. De ontwikkelingen die vanaf 2000 in gang waren gezet,

25 Gesprek van de commissie met drs. N.C. Oudendijk. Den Haag 4 maart 2010

26 Ibidem

27 Antwoorden van minister Hoogervorst op vragen van het Tweede Kamerlid Kant over de reorganisatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2050605830) 26 januari 2006

28 Gesprek van de commissie met de heer drs. P.A.W. Edgar. Den Haag 9 maart 2010

29 Toespraak van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. J.F. Hoogervorst, bij het afscheidsymposium van inspecteur-generaal Kingma, woensdag 25 januari 2006 in Den Haag.

30 Gesprek van de commissie met dr. G. van der Wal. Den Haag 9 maart 2010

kregen nieuwe impulsen. De inspectie voerde in steeds meer gezondheidszorgsectoren het gefaseerde toezicht in. De patiëntveiligheid werd topprioriteit. Er kwam eind 2007 een Meerjarenbeleidsplan 'Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg' met een heldere koers: de ontwikkeling van traditionele toezichthouder tot moderne handhavingsorganisatie en vier prioriteiten: (1) patiëntveiligheid bevorderen, (2) preventie effectiever maken, (3) transparantie van geleverde kwaliteit van zorg vergroten en (4) meer aandacht voor kwetsbare groepen. Elementen van die ontwikkeling zijn actieve openbaarmaking van toezichtresultaten, planmatiger risicovolle zorgaanbieders volgen, eerder ingrijpen met verscherpt toezicht of zwaardere maatregelen, controleren of maatregelen en aanbevelingen ook echt uitgevoerd worden en meten wat het effect van de activiteiten is op de veiligheid van zorg. De inspectie heeft in december 2008 het IGZ-handavingskader 'Richtlijn voor transparante handhaving' uitgebracht, waarin zij omwille van kenbaarheid en voorspelbaarheid haar beoordelingswijze en maatregelenkeuze duidelijk maakt. De organisatie, de werkprocessen, de automatisering en de personeelsopbouw werden afgestemd op deze vernieuwingen: een ontwikkeling die nog niet helemaal is afgerond. "De inspectie bevindt zich midden, halverwege deze transitie", aldus secretaris-generaal Van Maanen.³¹

Bovendien dienden nieuwe thema's zich aan. Eind 2005 verscheen de kabinetsvisie op toezicht, 'Minder last, meer effect', waarin het streven was vastgelegd de zogeheten toezichtslasten met een kwart te verminderen. Op 18 september 2006 ging in Utrecht het IGZ-loket open. In 2007 werd het takenpakket van het loket verder uitgebreid. De decentrale loketten handelden alleen nog post en faxberichten af. In 2008 was het IGZ-loket verzelfstandigd en niet langer onderdeel van het kenniscentrum van de inspectie. Bovendien kwamen voortaan alle meldingen via het loket de inspectie binnen.

Over de ontwikkeling naar een moderne toezichthouder schreef de inspecteur-generaal begin 2009: "Kenmerk [van haar ontwikkeling tot een moderne handhavingsorganisatie] is dat ze bewust leert van successen en fouten."³² Tegelijkertijd zoekt de inspectie voortdurend hoe ze zich het best kan opstellen bij de uitvoering van haar taak:

"Kijk, als inspectie moeten we voortdurend opletten waar we ons positioneren. We moeten opereren in een evenwicht tussen vertrouwen en controle. Als we te veel als politie optreden, kom je in een sfeer van voortdurend wantrouwen, zoals in een politiestaat. Als mensen bang voor je worden, of het alleen goed doen omdat jij een keer komt, niet meer zelfkritisch durven zijn vanwege de harde hand, zijn we verder van huis."³³

31 Gesprek van de commissie met drs. G.H.O. van Maanen. Den Haag 25 februari 2010

32 Voorwoord 'Koersen op effecten van handhaving' van dr. G. van der Wal in: Jaarbericht 2008. Den Haag mei 2009, blz. 7

33 'Opereren tussen vertrouwen en controle. Gerrit van der Wal over 'zijn' Inspectie voor de Gezondheidszorg. In: Zorgvisie magazine juli 2009

3. Angel en antenne

De wijze waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht uitoefent

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de werkwijze van de inspectie. Hoe heeft zij het toezicht op zorginstellingen en medische beroepsbeoefenaren beschreven? Hoe reageert ze op meldingen en klachten? Wat wil ze met de wijze waarop zij toezicht uitoefent bereiken? Welke leidraad hanteert ze hierbij? Wat houdt deze leidraad in? En dat alles nu: in 2010. Maar ook tien, in de periode dat de klachten en signalen over het disfunctioneren van dr. Jansen de inspectie bereikten, met name tussen eind 2003 en medio 2004.

3.1. Algemeen

De inspectie houdt toezicht op de curatieve en de langdurige zorg, de openbare gezondheidszorg, de medische technologie en de farmaceutische productie en distributie. In totaal gaat het om 3.000 instellingen achter 60.000 adressen en ruim 800.000 zorgprofessionals. De inspectie voert haar werkzaamheden uit op grond van 25 wetten.³⁴

In 2000 telde de inspectie 371 voltijdsmedewerkers. In 2009 waren dat er 383.³⁵

Tabel 2.1. Ontwikkeling van het personeelsbestand van de inspectie³⁶

Jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Aantal fte	371	368	365	365	364	354	369	389	386	383

Uit bovenstaande tabel kan worden afgeleid dat de inspectie beschikt over een vrij stabiele formatie. De gemiddelde bezetting in de periode van 2000 tot en met 2009 is 371,4 fte. In 2008 werd het aantal van 386 fte bezet door 445 personen: 212 (47,6 procent) in de schalen 11 en hoger, 233 (52,4 procent) in de schalen 10 en lager.³⁷ De verhouding tussen ondersteunend personeel en medewerkers die inhoudelijk voor de inspectietaak worden ingezet was in de eerste jaren van deze periode ongeveer één op één.³⁸ Eind 2008 noemde de inspecteur-generaal het aantal van 275 fte dat in het primaire proces van de inspectie werkte (zeventig procent).³⁹

Het enorme werkterrein en de omvang van de inspectie maken het toezicht op individuele beroepsbeoefenaren maar beperkt mogelijk. Dat leert een rekenkundig voorbeeld. Zo wordt een huisartsenpraktijk gemiddeld één keer in de veertig tot vijftig jaar bezocht, een tandarts en een fysiotherapeut eenmaal per tweehonderd jaar. In de praktijk worden deze

34 Voor een overzicht van deze wetten zie bijlage 3

35 Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Onderzoeksverslag inspectiehandelen bij gebeurtenissen rond een neuroloog in Twente'. Den Haag 17 februari 2009, blz. 2

36 De in deze tabel opgenomen aantallen wijken af van de in de jaarverslagen van de inspectie opgenomen aantallen. In de periode tussen 2000 en 2005 bestonden verschillen tussen de 'formatie', zoals opgenomen in de begroting van het ministerie en de 'daadwerkelijk te bekostigen formatie'. De laatste lag lager. Dit had te maken met het niet volledig beschikbaar zijn van de zogenaamde 'overige personele middelen' per formatieplaats. Met ingang van 2006 is de inspectie in samenspraak met het ministerie overgegaan op het uitsluitend nog hanteren van de 'daadwerkelijk te bekostigen formatie.'

37 Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Jaarverslag 2008'. Den Haag mei 2009, blz. 86

38 Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Jaarrapport 2002'. Den Haag juni 2003, blz. 179

39 Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ-handhavingskader. Richtlijn voor transparante handhaving. Den Haag 12 december 2008, blz. 6

beroepsbeoefenaren alleen steekproefsgewijs of naar aanleiding van een calamiteit geïnspecteerd.⁴⁰ De inspectie beschouwt een incident als een calamiteit als sprake is van overlijden, seksueel misbruik van zorgverlener jegens patiënt en langdurig of blijvend letsel van de patiënt of de cliënt. Dit letsel kan zowel lichamelijk als psychisch zijn. De Kwaliteitswet zorginstellingen hanteert in artikel 4a de volgende omschrijving:

“een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid.”⁴¹

Hoe zorgt de inspectie ervoor dat deze 25 wetten worden gehandhaafd en dat risico's in de zorg effectief worden verminderd? Onder handhaving verstaat de inspectie toezicht en opsporing van strafbare feiten.⁴²

Bij het toezicht gaat het om:

- gefaseerd toezicht: toezicht op basis van brede informatieverzameling en analyse daarvan op risico's;
- thematisch toezicht: toezicht op een bepaald onderwerp in instellingen of bij beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld sterfte in ziekenhuizen binnen én buiten kantooruren);
- incidententoezicht: toezicht op basis van meldingen en signalen.

Volgens ligt de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de veiligheid van patiëntenzorg altijd bij de behandelende arts; zo ook in deze casus. De beste controle op het functioneren van de behandelende arts zou naar het inzicht van de inspectie moeten plaatsvinden door de collega's waarmee de behandelende arts iedere dag samenwerkt en die de arts waarnemen bij afwezigheid.

De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg, legt hierover verantwoording af aan de raad van toezicht en moet calamiteiten bij de inspectie melden.

De inspectie heeft een toezichthoudende taak op dit systeem. Zij is daarbij deels afhankelijk van meldingen van zorgverleners, raden van bestuur en patiënten. Daarnaast doet de inspectie ook zelf onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van zorg in het algemeen, maar vooral daar waar ze aanwijzingen heeft dat kwaliteit en veiligheid mogelijk bedreigd zijn. De inspectie gaat uit van vertrouwen in de handelings- en de meldingsbereidheid van de raad van bestuur, totdat er concrete signalen zijn dat dit vertrouwen niet gerechtvaardigd is. Dit is - zoals de inspectie zelf aangeeft - geen waterdicht systeem. Het aantal meldingen 'blijft achter':

“Met betrekking tot het incidententoezicht is het bekend dat een kwart van hetgeen gemeld zou moeten worden bij de inspectie, wordt gemeld (zie NIVEL-onderzoek aantal vermijdbare doden in Nederlandse ziekenhuizen). Dit betekent dat een ziekenhuis één tot twee meldingen per maand zou moeten doen: maar het is nul tot zes keer per jaar. Een forse ondermelding dus.”⁴³

Het is het vak van de inspecteur om in te schatten wanneer vertrouwen niet meer gerechtvaardigd is. Dat doet de inspecteur op basis van harde feiten zoals kwaliteitsindicatoren, meldingen en resultaten van onderzoek. En vanzelfsprekend ook op basis van kennis van en ervaring in het zorgveld in het algemeen en de zorgaanbieder in het bijzonder.

40 Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Jaarrapportage 2000'. Den Haag juni 2001, blz. 9

41 Artikel 4a

1. De zorgaanbieder meldt aan de ingevolge artikel 8 met het toezicht belaste ambtenaar onverwijld:

- a. iedere calamiteit die in de instelling heeft plaatsgevonden;
- b. seksueel misbruik waarbij een patiënt of cliënt dan wel hulpverlener van de instelling is betrokken, uitgezonderd seksueel misbruik van hulpverleners onderling.

2. Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid.

3. Onder seksueel misbruik wordt verstaan grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.

4. Onder hulpverlener wordt verstaan iedere medewerker van een instelling.

42 Inspectie voor de Gezondheidszorg, Werkplan 2009. 'Handhaven met effect'. Utrecht december 2009, blz. 9

43 Gesprek van de commissie met drs. W.M.C.L. Schellekens. Den Haag 4 maart 2010

3.2. Leidraad meldingen

De Leidraad meldingen 1996

De signalen, meldingen en klachten die op mogelijk disfunctioneren van dr. Jansen betrekking hadden, dateren van de periode dat binnen de inspectie de Leidraad meldingen 1996 van kracht was.⁴⁴ In het voorwoord bij deze leidraad wijst de minister op het volgende:

“Dat er met de totstandkoming van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector voor de inspectie in beginsel geen taak meer is weggelegd als behandelaar van klachten, doet niet af aan het feit dat de inspectie in veel gevallen ook door klachten van burgers op het spoor wordt gezet van mogelijke misstanden. Het is daarom van belang de burgers duidelijkheid te bieden over de wijze waarop de inspectie met zodanige klachten zal omgaan.”

Het in verband met dit onderzoek meest relevante artikel uit deze leidraad is artikel 4:

“Een melding wordt onderzocht, indien zij naar het oordeel van de IGZ:

- 4.1 wijst op een situatie die voor de algemene veiligheid of gezondheid een ernstige bedreiging kan betekenen, of*
- 4.2 aanleiding geeft te veronderstellen dat de artikelen 2, 3, 4 of 5 van de Kwaliteitswet zorginstellingen danwel artikel 40, eerste tot en met derde lid van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, of*
- 4.3 vanwege het belang van een goede gezondheidszorg, anderszins noodzaakt tot onderzoek.”*

Of sprake is van situaties, zoals bedoeld onder 4.1. en 4.2., is ter beoordeling aan de inspectie. Bij de afweging kan zij gebruik maken van een aantal criteria, waaronder grote kans op herhaling van het ontstaan van gezondheidsschade, veel publiciteit in de media of politieke aandacht rond de melding.

De leidraad van 1996 stamt uit de tijd dat de inspectie net een fusie achter de rug had. In 1995 fuseerden de Hoofdinspecties voor de Gezondheidszorg, voor de Geestelijke Volksgezondheid en voor Farmacie en Medische Technologie. In 1997 werden hieraan de provinciale en grootstedelijke inspecties voor de Bejaardenoorden toegevoegd. Het kostte nogal wat moeite om van deze verschillende inspecties één geheel te maken. De ‘fusiewinst’ bleef aanvankelijk beperkt. De inspectie leek in eerste instantie eerder een federatie van relatief zelfstandige inspectieonderdelen, die zich ieder met hun eigen werkwijze richtten op hun eigen sectoren, dan op een geïntegreerde inspectie.

Dit federatieve model kwam in de loop der jaren onder steeds grotere druk te staan. Allereerst paste de sectorale en objectgerichte invalshoek van de oude inspecties steeds minder bij de ontwikkelingen in de zorg, waar de grenzen tussen zorgsectoren steeds vaker werden doorbroken. Daarnaast veranderde de relatie tussen het openbaar bestuur en het zorgveld. Sturing vond niet meer uitsluitend plaats via de financiering van de zorg: kwaliteit en veiligheid in de zorg kregen een steeds groter gewicht. Een derde factor was het debat over de doelmatigheid van inspecties in het algemeen en van de inspectie voor de gezondheidszorg in het bijzonder.

Van 2000 tot 2005 richtte de aandacht van de inspectie zich op ingrijpende en belangrijke veranderingen op weg naar een modern toezicht:

1. de ontwikkeling van een risicomodel waarmee de mate van risico voor de volksgezondheid of een patiënt van een bepaalde situatie, product of handeling richtinggevend zou kunnen worden voor de inzet van de inspectie;
2. de ontwikkeling van ‘gelaagd en gefaseerd toezicht’, dat uit drie fasen bestaat: dataverzameling aan de hand van prestatie-indicatoren, feitelijk toezichtbezoek, repressief toezicht in het geval sprake is van een ernstige of aanhoudende overtreding;
3. de ontwikkeling van een landelijk geautomatiseerd registratiesysteem voor meldingen over onvoldoende kwaliteit of gevaarlijke situaties;
4. het opnieuw ordenen van de toezichtstaken in inspectiedomeinen zodat sectoroverstijgend toezicht gemakkelijker zou worden.

44 Leidraad onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen. Uit: Staatscourant 1996, nr. 236, blz. 6

Tot 2005 hield de inspectie toezicht vanuit regionale clusters die waren ingedeeld langs de lijnen van de zorgsectoren: preventie, publieke gezondheid en rampengeneeskunde, curatieve somatische gezondheidszorg, verpleging, verzorging en zorg thuis, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg en farmacie en medische technologie. Sinds 2005 werkt de inspectie vanuit landelijke inspectieprogramma's. Op dit moment zijn dit er tien:

1. gezondheidsbevordering;
2. gezondheidsbescherming;
3. eerstelijnszorg;
4. specialistische somatische zorg;
5. gehandicaptenzorg;
6. ouderenzorg;
7. zorg thuis;
8. geneesmiddelen en medische technologie;
9. geestelijke gezondheidszorg;
10. medische hulpmiddelen.

De Leidraad meldingen 2007

De leidraad uit 1996 is in 2007 aangepast. Deze nieuwe leidraad borduurt voort op de leidraad uit 1996. In de leidraad van 2007 is naast schriftelijke meldingen ook sprake van (de mogelijkheid van) elektronische meldingen waarbij het nieuwe registratiesysteem een centrale rol zou gaan vervullen. Nadere regels zijn toegevoegd over de verslaglegging van gesprekken die in het kader van onderzoeken worden gevoerd en over voorinzage in conceptrapporten. Omdat de leidraad voorschreef eenmalige gebeurtenissen in beginsel niet te onderzoeken, was onduidelijk wat bij seksueel misbruik moest worden gedaan. De leidraad van 2007 heeft aan deze onduidelijkheid een einde gemaakt door het artikel anders te formuleren.

De nadere onderzoeken waarvoor de aanleidingen in het eerder geciteerde artikel 4 zijn opgesomd zijn in de nieuwe leidraad daarentegen ongewijzigd in de nieuwe leidraad terug te vinden in artikel 6.

De inwerkingtreding van de nieuwe leidraad viel nagenoeg samen met de oprichting van het IGZ-loket. Het gaat hier om een werkverband binnen de hoofdinspectie in Utrecht dat bestaat uit ongeveer twintig medewerkers (inspecteurs, toezichthouders en ondersteunend personeel). Hier komen in beginsel alle meldingen binnen. Het IGZ-loket "beoordeelt alle binnenkomende berichten, beantwoordt vragen om advies of informatie, verwijst klachten naar de betrokken klachtencommissie en stuurt meldingen voor andere inspecties of instanties door. Tot slot zorgt het loket ervoor dat alle meldingen die de inspectie op grond van de Leidraad meldingen zelf moet behandelen, worden afgehandeld."⁴⁵ De afhandeling kan plaatsvinden in het 'front-office', het loket, of in de 'back-office'. Het 'back-office' houdt in een van de vier regionale inspectiekantoren toezicht op en is het aanspreekpunt voor een aantal zorginstellingen en zorgaanbieders in de desbetreffende regio. Aan de oprichting van het loket ligt ook het streven ten grondslag om uniformiteit en standaardisatie in de afhandeling van meldingen te bewerkstelligen.

Bij binnenkomst worden alle meldingen ingevoerd in het elektronische registratiesysteem met de naam Werk Proces Manager (WPM). Medewerkers van het loket maken een eerste beoordeling van de meldingen en handelen eenvoudige vragen af. Voor één categorie calamiteiten, de valcalamiteiten in de ouderenzorg, geldt dat deze in beginsel ook binnen het loket worden afgehandeld. Slechts wanneer sprake is van uitzonderlijke omstandigheden (bijvoorbeeld verschillende valcalamiteiten in een zorginstelling binnen een bepaalde korte periode) wordt de melding voorgelegd aan het regiokantoor en aan de daar zetelende, accounthoudende inspecteur. Inmiddels ontvangt het loket 93 procent van alle meldingen aan de inspectie. Het is de bedoeling om uiteindelijk tachtig procent van alle meldingen af te handelen binnen het loket. Op dit moment ligt dat percentage rond de twintig.

Meldingen die het loket doorstuurt naar de regio's worden daar per programmaonderdeel interdisciplinair besproken. (Vóór 2005 gebeurde dit in het regionale clusteroverleg.) Bij elke casus legt de accounthoudende inspecteur een voorstel voor verdere afhandeling aan zijn collega's voor. Dit voorstel berust voornamelijk op de onderzoeksrapportage van – in het door de commissie bijgewoonde meldingenoverleg – het desbetreffende ziekenhuis. In een aantal gevallen heeft de accounthoudende inspecteur contact gehad met het bij de calamiteit betrokken medisch personeel. Ook wordt

⁴⁵ Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Jaarverslag 2008'. Den Haag mei 2009, blz. 56

voorafgaande aan de bespreking nagegaan of bij de calamiteit betrokken personeel eerder betrokken is geweest bij calamiteiten, en of tegen het betrokken personeel eerder klachten zijn ingediend. Verder wordt zijn registratie in het BIG-register nagelopen. Als geen sprake is van ernstige schade of mogelijke structurele tekortkomingen, verwijst de inspectie klachten van familie, nabestaanden of patiënten door naar de klachtencommissie van de zorginstelling of die waarbij de beroepsbeoefenaar is aangesloten.

Om een goed beeld te krijgen van de praktijk, heeft de commissie op 22 maart 2010 het meldingenoverleg van programma 4 van de regio noordwest in Amsterdam bijgewoond. Tijdens dit overleg waaraan zes inspecteurs uit verschillende programma's - waaronder één inspecteur-jurist, twee toezichthouders, een programmamedewerker en de programmaleider - deelnamen werden zes casussen besproken. Eén casus had betrekking op de wijze waarop een zorginstelling het bestuur van en het toezicht op de zorginstelling had ingericht. De overige casussen hadden betrekking op calamiteiten in ziekenhuizen, waarbij in vier gevallen sprake was van overlijden en in één geval van blijvend letsel. Eén casus werd met behulp van de zogeheten Prisma-methode besproken waarbij basisoorzaken van de calamiteit worden geïdentificeerd. Deze bespreking leverde indringende vragen op over de gang van zaken en besluitvorming tijdens de operatie van een patiënt die kwam te overlijden.⁴⁶ Bij de vijf meldingen over calamiteiten ging het om drie meldingen van raden van bestuur van ziekenhuizen en in twee gevallen om een nabestaande en een vertegenwoordiger van de familie.

Artikel 2 van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector bepaalt dat zorginstellingen over een klachtenregeling en klachtencommissie beschikken en stelt daar nadere eisen aan. Dit artikel houdt in dat als sprake is van een klacht die duidt op een ernstige situatie met een structureel karakter de klachtencommissie de zorgaanbieder hiervan op de hoogte brengt. Als de klachtencommissie niet is gebleken dat de zorgaanbieder ter zake maatregelen heeft getroffen dan stelt de klachtencommissie de inspectie hiervan op de hoogte. Of en hoe vaak dit gebeurt heeft de commissie niet kunnen vaststellen.

Gebruikelijk bij het toezicht op ziekenhuizen is dat de inspectie tijdens het zogeheten jaargesprek met de raad van bestuur van de zorginstelling wordt ingelicht over de klachten die bij de klachtencommissie in behandeling zijn genomen en die tot een uitspraak hebben geleid.⁴⁷ Het is echter geen standaardpraktijk dat de inspectie automatisch afschrift ontvangt van de uitspraken van de klachtencommissie. Wel ontvangt de inspectie in het jaardocument maatschappelijke verantwoording een geaggregeerd overzicht van de afhandeling van klachten.

De Wet klachtrecht cliënten zorgsector bepaalt dat individuele klachten over de zorg moeten worden behandeld door een klachtencommissie die door de zorgaanbieder moet worden ingesteld. De inspectie verwijst individuele klagers door naar deze klachtencommissies, tenzij sprake is van ernstige schade aan de patiënt.⁴⁸ De inspectie registreert deze meldingen, maar behandelt ze niet inhoudelijk. Als sprake is van een processueel gebrek (bijvoorbeeld de voorzitter is niet onafhankelijk of een reglement ontbreekt) onderzoekt de inspectie de melding wel. In de praktijk betekent dit dat de inspectie alleen meldingen onderzoekt als sprake is van een calamiteit, seksueel misbruik of een structurele tekortkoming in de zorg.⁴⁹ Een klager die niet tevreden is over de behandeling van zijn of haar klacht door een klachtencommissie kan bij de inspectie geen bezwaar maken tegen de inhoud van de uitspraak van de klachtencommissie. De Wet cliëntenrechten zorg, die nog niet bij de Tweede Kamer is ingediend, voorziet in de mogelijkheid dat de klachtmelder zich in tweede instantie kan wenden tot een geschillencommissie, na behandeling van de klacht door de klachtencommissie. De inspectie krijgt in de procedure bij de geschillencommissie geen rol toebedeeld. Het is de bedoeling dat de zorgaanbieder zich committeert aan de uitspraak van de geschillencommissie. De inspectie vindt dit een goede ontwikkeling omdat nu vaak klachtmelders zich tot de

46 Prisma staat voor 'Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis' en is een door de Technische Universiteit Eindhoven ontwikkelde methode voor het opbouwen van een database bij menselijk falen in de chemische procesindustrie. Deze methode heeft ook ingang gevonden in de medische wereld.

47 In de praktijk komt het ook voor dat klachten die nog in behandeling zijn bij de klachtencommissie worden besproken. Gesprek van de commissie met drs. W. Geerlings op 30 oktober 2010. Deze praktijk was ook gangbaar in het zogeheten reguliere overleg tussen de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente en de inspectie in de periode tussen 2000 en 2006.

48 Zie ook de minister: "Vanaf het begin van de jaren negentig is in Nederland een systeem ontwikkeld waarbij de verantwoordelijkheid voor goede zorg primair bij de zorgaanbieders is gelegd. In dit systeem is de taak van de inspectie in eerste instantie gericht op het toetsen van de vraag of de zorgaanbieder zich heeft verzekerd van voorwaarden die redelijkerwijs tot goede zorg zullen leiden. Daarnaast dient de inspectie te zorgen voor een adequate reactie wanneer de zaken fout gaan of dreigen fout te gaan." Brief aan de Tweede Kamer van 17 februari 2000, blz. 7

49 De Nationale Ombudsman, 'De Inspectie voor de Gezondheidszorg: een papieren tijger? Onderzoek naar het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de zorg voor verstandelijk gehandicapten.' Den Haag 3 december 2009, blz. 9

inspectie wendten als ze niet tevreden zijn over de behandeling van hun klacht door de klachtencommissie, terwijl de inspectie wettelijk gezien geen rol heeft in deze inhoudelijke toetsing. Het ongenoegen over de afhandeling van klachten is vrij groot: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft als reactie op de eerste evaluatie van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector erop gewezen dat het “opmerkelijk is dat tweederde van de klagers niet tevreden is met de uitkomst, ondanks het feit dat zij voor ongeveer vijftig procent in het gelijk worden gesteld.”⁵⁰

Naast doorverwijzing naar klachtencommissies kan de inspectie klagers wijzen op de mogelijkheid een klacht aanhangig te maken bij een regionaal tuchtcollege. Zelf kan de inspectie een tuchtzaak indienen of een voordracht doen bij het College van medisch toezicht.

De Leidraad meldingen uit 1996 bevatte criteria over het al dan niet inzetten van het tuchtrecht:

“De IGZ wendt zich tot het Medisch Tuchtcollege, indien:

- a. *het gaat om een uit feiten en omstandigheden voortvloeiend redelijk vermoeden dat één van de in de Medische Tuchtwet omschreven tuchtnormen is overtreden door een beroepsbeoefenaar die aan bedoelde tuchtrechtspraak is onderworpen, én*
- b. *het algemeen belang – en derhalve niet het particuliere belang van de rechtstreeks belanghebbende – bij de zaak in overwegende mate betrokken is.*

Met name de volgende aspecten zijn van belang:

- de ernst van de melding;
- recidive van de zijde van de beroepsbeoefenaar;
- de behoefte om door het uitlokken van een tuchtrechtelijke uitspraak duidelijkheid te verkrijgen ten aanzien van hetgeen geldend recht moet worden geacht met betrekking tot een aspect van de beroepsuitoefening.”⁵¹

Deze criteria en het desbetreffende artikel komen niet meer voor in de Leidraad meldingen van 2007. In de casus van dr. Jansen werd mevrouw G.M. Damink-Huisman er op 1 maart 2001 door de inspectie op gewezen dat ze met haar tweede klacht tegen dr. Jansen ook terecht zou kunnen bij het regionaal tuchtcollege in Zwolle. Van deze mogelijkheid heeft mevrouw Damink-Huisman gebruik gemaakt. De inspectie kan zelf ook de gang naar de tuchtrechter maken. In de periode tussen 2002 en 2007 werden jaarlijks gemiddeld twintig tuchtklachten van de inspectie in behandeling genomen. In deze periode is wel sprake van een forse schommeling: in 2004 en 2005 werden bij elkaar 72 klachten ingediend en in de jaren 2006 en 2007 maar acht.⁵²

Tabel 3.2. Aantallen door de inspectie aangespannen tuchtzaken

Jaar	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aantal	21	20	40	32	3	5

50 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 17 februari 2000 (GZB/PCZ 2040967). Zie ook de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 17 september 2004, kenmerk IBE/E-2515372

51 Leidraad onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen. Uit: Staatscourant 1996, nr. 236, blz. 6, artikel 16

52 Erik Hout, Eline Nienhuis, Brenda Frederiks, Johan Legemaate, ‘De Inspectie voor de Gezondheidszorg en het tuchtrecht’. Amsterdam september 2009, blz. 12

Uit onderzoek dat in opdracht van de inspectie is uitgevoerd, blijkt dat tussen inspecteurs verschillen bestaan in het gebruik van overwegingen voor het indienen van een tuchtzaak. Vaak liggen aan deze verschillen stijl en vaardigheden van de individuele inspecteur ten grondslag: "verschillen in focus waarop men zich vanaf het binnenkomen van de melding richt: op fouten van het systeem of fouten van individuen."⁵³ Dit is opmerkelijk omdat ruim een kwart van de inspecteurs jaarlijks te maken heeft met een tuchtwaardige melding: in veruit de meeste gevallen wordt de voorkeur gegeven aan beroepsbeperkende maatregelen tegen de beroepsbeoefenaren of de instelling.⁵⁴ Vermoedelijk speelt hierbij mee dat de inspectie in het algemeen en de individuele inspecteur in het bijzonder meer denken te bereiken met 'vrijwillige' afspraken dan met dwang en drang via een moeizame procedure waarvan de einduitkomst niet bij voorbaat vaststaat:

"De inspectie heeft twee keuzen bij individuele beroepsbeoefenaren: tracht de persoon in kwestie te bewegen tot gedragsverandering of in zeer uitzonderlijke gevallen dwing de persoon te stoppen met zijn werkzaamheden. Stoppen is de zwaarste maatregel en komt in Nederland op 1,2 miljoen mensen minder dan tien keer per jaar voor. Een tuchtrechtelijke procedure neemt drie maanden inspectiestijd in beslag. Resultaat is veelal een waarschuwing of een berisping en men richt zich op verbetering."

*"[Deze] arts was al gestopt. De tuchtrechtelijke procedure als instrument gericht op verbetering miste elk doel."*⁵⁵

Het 'rendement' van tuchtzaken waartoe de inspectie het initiatief neemt is hoog. In 84 procent van de tuchtzaken die de inspectie aanspant, kwam de tuchtrechter tot een gegrondverklaring. De inspectie is verantwoordelijk voor tien procent van het totale aantal van gegrondverklaringen en de helft van de zwaarste maatregelen. Het is gezien deze oogst niet verwonderlijk dat in het onderzoek dat de inspectie zelf heeft geëntameerd wordt gepleit voor een meer dwingend intern protocol voor het eerder indienen van tuchtzaken. Dit advies is inmiddels beschikbaar en op 31 maart 2010 aan de Tweede Kamer is toegezonden.⁵⁶

Een derde weg die de inspectie kan bewandelen is het ter kennis van het Openbaar Ministerie brengen van vermoedelijk strafbare feiten. Artikel 17 van de Leidraad meldingen uit 1996 en artikel 16 van de Leidraad meldingen uit 2007 bevat ten hierover het volgende:

"Indien de IGZ in enige fase van het onderzoek een redelijk vermoeden krijgt dat sprake is van het plegen van een strafbaar feit, wordt dit ter kennis van het Openbaar Ministerie (OM) gebracht, tenzij het OM vooraf te kennen heeft gegeven de IGZ te ontheffen van haar plicht tot het ter kennis brengen van strafbare feiten."

De praktijk blijkt in de periode waarop het onderzoek van Hout, Nienhuis, Frederiks en Legemaate betrekking heeft (2002-2007) weerbarstiger te zijn geweest: "ruim een kwart van alle inspecteurs vindt dat de samenwerking tussen inspectie en Openbaar Ministerie moeizaam verloopt en vindt deze te weinig gestructureerd. De samenwerking blijkt erg afhankelijk van de betrokken officier."⁵⁷ Uit dit onderzoek blijkt dat de inspectie ook van andere formele bevoegdheden, zoals het geven van een bevel of het initiëren van een aanwijzing in die periode maar mondjesmaat gebruik maakte. Cijfers en onderzoek over de jaren 2008 en 2009 ontbreken: het zou goed zijn na te gaan of de totstandkoming van handhavingsskaders (zie paragraaf 3.4.) heeft geleid tot een omvangrijker gebruik van deze instrumenten.

3.3. Aantallen meldingen

In maart 2000 verscheen een onderzoek van het Amerikaanse *Institute of Medicine* met schokkende cijfers over het geschatte aantal doden in Amerikaanse ziekenhuizen. Als gevolg van fouten en ongelukken kwamen naar schatting jaarlijks 98.000 patiënten om het leven.⁵⁸ Op basis van deze cijfers zou een vergelijking met Nederland betekenen dat in de Nederlandse ziekenhuizen jaarlijks tussen de 1.500 en 6.000 patiënten als gevolg van fouten en ongelukken zouden overlijden. Het Amerikaanse rapport en de extrapolatie daarvan voor de Nederlandse situatie waren voor de inspectie aanleiding om aan de

53 Ibidem

54 Ibidem

55 Gesprek van de commissie met drs. P.A.W. Edgar. Den Haag 9 maart 2010

56 Erik Hout, Eline Nienhuis, Brenda Frederiks, Johan Legemaate, 'De Inspectie voor de Gezondheidszorg en het tuchtrecht'. Amsterdam, september 2009, blz. 14. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 31 maart 2010 aan de Tweede Kamer (kenmerk CZ/TSZ-2977326)

57 Ibidem, blz. 89

58 Institute of Medicine, 'To err is human, building a safer health system'. Washington DC maart 2000

meldingen aan de inspectie een grote betekenis toe te kennen.⁵⁹ De hiermee vergaarde informatie zou kunnen bijdragen aan maatregelen ter verhoging van de kwaliteit van de zorg en van de patiëntveiligheid. En dit is wat de inspectie beoogt met het doen van onderzoek naar meldingen: het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het voorkomen van herhaling van risico's.⁶⁰

De inspectie is sinds 2006 te bereiken onder één landelijk telefoonnummer (088-1205000), één landelijk e-mailadres (loket@igz.nl) en de website www.igz.nl.

In 2003 kreeg de inspectie 2.642 meldingen. In 2007 gaat het om 5.847 meldingen, in 2008 5.936 en in 2009 kreeg de inspectie 6.532 meldingen.⁶¹

Deze meldingen bestaan uit de verplichte meldingen van zorginstellingen op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen⁶² aangevuld met 'vrijwillige' meldingen van burgers, instellingen en beroepsbeoefenaren. Onder 'meldingen' verstaat de inspectie "een schriftelijk of elektronisch bericht aan de inspectie over:

- het functioneren van de patiëntenzorg of de kwaliteitsborging van een zorgaanbieder waarop de inspectie toezicht uitoefent;
- het professioneel functioneren van beroepsbeoefenaren op het terrein van de gezondheidszorg op wie de inspectie toezicht uitoefent;
- een product of apparaat dat toepassing vindt in de gezondheidszorg of de zelfzorg, of het handelen van het bij dat product of apparaat betrokken bedrijf."⁶³

In artikel 2 van de leidraad wordt overigens bepaald dat als de inspectie op andere wijze "kennis krijgt van omstandigheden die onderwerp van een melding kunnen zijn" de leidraad zo mogelijk op de behandeling daarvan overeenkomstig wordt toegepast. Bij deze "andere wijze" moet blijken de toelichting worden gedacht aan radio- en televisieuitzendingen. Deze categorie meldingen is in de jaarlijkse overzichten van de inspectie niet terug te vinden.

Sommige meldingen worden niet door de inspectie onderzocht. Deze worden 'signalen' genoemd. Een signaal is een melding van een instelling of een burger die kan duiden op mogelijke risico's in de zorg, maar nog niet heeft geleid tot een calamiteit. De inspectie onderzoekt deze signalen dus niet. Ze kunnen onderdeel worden van een inspectieonderzoek als er meer signalen komen over dezelfde instelling of dezelfde beroepsbeoefenaar. Dat was het geval bij de CityKliniek in Den Haag, die op bevel van de inspectie op 26 juni 2009 werd gesloten. Dit bevel, dat op 6 juli 2009 door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werd verlengd tot het moment waarop de inspectie oordeelt dat weer sprake is van het leveren van verantwoorde zorg, volgde op een inspectiebezoek op 25 juni 2009, één dag voordat het bevel tot sluiting werd gegeven. Aanleiding voor het inspectiebezoek waren verschillende meldingen over ernstige wondinfecties, foutieve plaatsing van borstprothesen en onvoldoende nazorg. Meldingen kwamen bij het IGZ-loket binnen waar na verloop van enige tijd een opvallend patroon werd geconstateerd dat aanleiding tot verdere actie was.

Meldingen worden bij de inspectie altijd multidisciplinair besproken. Als nader onderzoek wenselijk is, wordt bij meldingen van een instelling over een calamiteit of seksueel misbruik in beginsel eerst onderzoek door de zorgaanbieder zelf gevraagd, behalve in uitzonderingsgevallen, die meestal met de ernst of de publiciteit te maken hebben. Zo heeft onlangs de Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) in Almelo de inspectie op de hoogte gebracht van klachten over een chirurg. De inspectie wacht het onderzoek van het ziekenhuis af.⁶⁴ De inspectie toetst het onderzoek van de zorgaanbieder vervolgens en doet eventueel aanvullend onderzoek.

⁵⁹ Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarrapport 2003. Den Haag juni 2004, blz. 79-81

⁶⁰ Bijlage bij de brief van dr. G. van der Wal aan mr. R.J. Hoekstra van 1 april 2010 (kenmerk IGZ-U-2010-231290)

⁶¹ Gesprek met de heer B.A. Draisma (IGZ-loket). Utrecht 18 maart 2010

⁶² Het gaat hier om meldingen op grond van artikel 4a van de Kwaliteitswet zorginstellingen over calamiteiten en seksueel misbruik.

⁶³ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 mei 2007, nr. IGZ/JZH-2007-36319, houdende vaststelling van regels inzake de behandeling van meldingen door de IGZ (Leidraad meldingen IGZ). Uit: Staatscourant 30 mei 2007, nr. 101, blz. 18

⁶⁴ 'Handelwijze chirurg Almelo onder de loep'. In: NRC Handelsblad 5 januari 2010

Maar de betrokkenheid van de inspectie kan variëren. Vorig jaar april volgde op de melding van de raad van bestuur van het Scheperziekenhuis in Emmen van drie sterfgevallen na maagverkleiningsoperaties een onderzoek. Bij dit onderzoek werd een onafhankelijke deskundige van de werkgroep bariatrische chirurgie van de Nederlandse Vereniging van Gastro-Intestinale Chirurgie ingeschakeld. De inspectie is betrokken geweest bij de opzet van het onderzoek en beoordeelt steekproefsgewijs patiëntendossiers opnieuw. Als een melding een zelfstandige, individuele beroepsbeoefenaar (dus niet werkzaam binnen een zorginstelling) betreft, onderzoekt de inspectie altijd zelf. Meldingen over gebeurtenissen die zich langer dan twee jaar geleden hebben voorgedaan onderzoekt de inspectie in beginsel niet. De keuze voor deze termijn heeft te maken met de bij de inspectie veronderstelde redelijkheid van de termijn waarbinnen de feiten kunnen worden onderzocht. Het komt voor dat misstanden na verloop van langere tijd duidelijk worden en pas dan de vraag aan de orde komt of de inspectie een onderzoek moet instellen. Een voorbeeld hiervan is de verwisseling van sperma in het Delfzicht Ziekenhuis in Delfzijl. Deze fout kwam uiteraard pas na verloop van tijd aan het licht.⁶⁵

3.4. Het instrumentarium van de inspectie

De inspectie beschikt over instrumenten voor de handhaving. Sommige zijn wettelijk geregeld, andere zijn in de maak of vloeien voort uit de handhavingspraktijk:

- advies/stimuleringsmaatregelen:
- campagnes:
- handhavingscommunicatie waarbij gebruikt worden:
 - circulaires
 - brieven
 - tijdschriftartikelen
 - actieve openbaarmaking
 - rapporten
 - overtuigen
 - motiveren
- corrigerende maatregelen:
 - verscherpt toezicht (inclusief actieve openbaarmaking)
 - verbeterplan
- bestuursrechtelijke maatregelen:
 - bevel uitvaardigen
 - aanwijzing geven
 - vergunning intrekken
 - certificaat onthouden
 - geneesmiddel in beslag nemen
 - bereiding of terhandstelling geneesmiddel beëindigen
 - apotheek sluiten
 - last onder dwangsom opleggen
 - bestuurlijke boete vorderen
- tuchtrechtelijke maatregelen
 - tuchtklacht
- strafrechtelijke maatregelen
 - aangifte bij openbaar ministerie
 - opsporingsonderzoek

De inspectie heeft een handhavingskader opgesteld. Met dit kader maakt de inspectie duidelijk hoe zij handhaaft en bij welk type overtredingen zij welk instrument inzet (zie hierboven).⁶⁶ De inspectie werkt dit kader uit in specifieke handhavingskaders per instrument. Deze specifieke kaders fungeren vervolgens als werkinstructie voor de inspecteurs, waarmee dus ook uniformering van het functioneren van de toezichtfunctie van de inspectie wordt beoogd. Daarnaast werkt de inspectie zogenoemde handhavingsschema's uit voor iedere wet waarbij zij een toezichtfunctie heeft.

⁶⁵ "Onderzoek naar donorsperma geëist". In: de Volkskrant van 23 januari 2010

⁶⁶ Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer, 23 december 2008, kenmerk MC-U-2901547

3.5. Behandeling anonieme klachten

Zoals in hoofdstuk 4 zal blijken, spelen in de casus van dr. Jansen enkele anonieme meldingen een rol. Het betrof drie meldingen van één en dezelfde collega van dr. Jansen, waarvan de laatste twee eind 2003 en begin 2004. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft onlangs de Tweede Kamer ingelicht over de wijze waarop de inspectie anonieme klachten behandelt.⁶⁷ Alle berichten die bij de inspectie binnenkomen over het functioneren van (aanbieders van) zorg, medische producten en preventie beschouwt de inspectie als een melding. Maar niet alle meldingen worden onderzocht. Nader onderzoek vindt plaats bij meldingen over een calamiteit, meldingen over seksueel misbruik en meldingen die een aanwijzing bevatten voor een structurele tekortkoming in de zorg. Om te bepalen of sprake is van een mogelijk structurele tekortkoming hanteert de inspectie criteria, zoals ernstige afwijkingen van de professionele standaarden door de zorgaanbieder, ernstige afwijkingen van het kwaliteitssysteem door de zorgaanbieder en het ontbreken van een toereikend kwaliteitssysteem.

Meldingen die de inspectie niet onderzoekt, zijn individuele klachten van burgers over een zorgaanbieder. Als hierbij geen sprake is van een structurele tekortkoming, verwijst de inspectie de klager naar de klachtencommissie van de zorgaanbieder. Meldingen die de inspectie ook niet onderzoekt, zijn anonieme meldingen of meldingen waarvan de melder niet bekend wil zijn bij de zorgaanbieder. Omdat het in de werkwijze van de inspectie noodzakelijk is dat de zorgaanbieder reageert op een melding en dus de melding ook krijgt voorgelegd, kan de inspectie bij anonieme meldingen en meldingen waarbij de melder niet wil dat zijn naam bekend wordt deze werkwijze niet volgen.

Bij hoge uitzondering – als het vermoeden van een ernstige situatie bestaat – kan de inspectie besluiten om dit soort meldingen toch in behandeling te nemen en nader te onderzoeken:

“Hierop maakt de inspectie af en toe wel een uitzondering. Voorbeeld is de casus, dat een groep intensive care verpleegkundigen uit één ziekenhuis zich schriftelijk anoniem tot de inspectie wendt met een ernstig in te schatten klacht gericht op het disfunctioneren van de intensive care-afdeling of het mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist, waarbij de zorg voor patiënten in gevaar komt: de inspectie heeft deze anonieme melding wel onderzocht.”⁶⁸

3.6. Handelwijze van de inspectie bij meldingen over verslaving of geestelijke stoornis van beroepsbeoefenaar

In het geval van verslaving (misbruik van alcohol en misbruik van middelen die onder de Opiumwet vallen) is de directie van de zorginstelling waar de desbetreffende beroepsbeoefenaar werkzaam is, niet verplicht dit bij de inspectie te melden. Verderop, in hoofdstuk 4, zal blijken dat het bestuur van de medische staf, de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente en collega's in november 2003 op de hoogte waren van de verslaving van dr. Jansen aan Dormicum® 15mg. Op 18 november 2003 bracht een Enschedese apotheker de inspectie op de hoogte van de “overconsumptie” van een Enschedese neuroloog. Wat is het beleid van de inspectie in het geval van een dergelijke melding? Voor zulke meldingen was een beleidslijn opgesteld.⁶⁹ Na binnenkomst van een melding over mogelijk misbruik van alcohol of van middelen die onder de Opiumwet vallen, zou de inspectie een onderzoek starten. Hierbij zou de inspectie in het algemeen haar handelen niet laten afhangen van wat politie en justitie zouden doen in deze concrete zaak. Uiteraard lag wel overleg met politie en justitie voor de hand.

Deze beleidslijn schreef voor dat de melder allereerst zou worden gevraagd zijn melding zo spoedig mogelijk schriftelijk te bevestigen. Ook zou degene waarop de melding betrekking had worden geïnformeerd over de inhoud van de melding en het voorgenomen inspectieonderzoek.

De volgende fase betrof het vergaren van informatie: “over het algemeen zal een bezoek aan de praktijk van de beroepsbeoefenaar worden gebracht.” Daarnaast kunnen feiten verzameld worden door gesprekken met direct betrokkenen (bijvoorbeeld degenen met wie de beroepsbeoefenaar direct samenwerkt) en navraag bij de politie (eventuele processen-verbaal met betrekking tot misbruik van alcohol of opiumwetmiddelen).

67 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer, 10 november 2009, kenmerk MC-U-2968727

68 Gesprek van de commissie met drs. W.M.C.L. Schellekens. Den Haag 4 maart 2010

69 ‘Procedure beroepsbeoefenaren ongeschikt voor de beroepsuitoefening wegens verslaving of geestelijke stoornis’, juli 2000

Op grond van de aard van de melding en de ingewonnen informatie zou de inspecteur een inschatting kunnen maken van de ernst van de situatie en van de noodzaak tot het treffen van maatregelen. In alle gevallen moet de inspectie passende maatregelen nemen. Dat zou in de vorm van afspraken kunnen zijn. De tweede optie was dat de beroepsbeoefenaar zou besluiten de beroepsuitoefening (al dan niet tijdelijk) te staken. De derde weg was een gang naar het college van medisch toezicht. In beginsel had de eerste aanpak (afspraken op basis van vrijwilligheid) de voorkeur. Met de afspraken werd een tweeledig doel nagestreefd: garanties dat de patiëntenzorg geen gevaar zou lopen en garanties dat het onderliggende probleem van de verslaving en daarmee de verslaving zelf zou worden aangepakt.

De interne procedure van de inspectie hield in dat de afspraken zouden worden vastgelegd, ondertekend of in de vorm van een bevel ex artikel 87a van de Wet BIG zouden worden gegeven. Bij de eerste mogelijkheid lag de verantwoordelijkheid voor het nakomen van de afspraken bij de beroepsbeoefenaar. De tweede optie kenmerkt zich door eenzijdigheid: een formele beschikking van de inspectie waartegen bezwaar en beroep mogelijk zijn.

3.7. Een zekere mate van onafhankelijkheid

De inspectie voert haar werkzaamheden uit in een zekere mate van onafhankelijkheid. De minister van Volksgezondheid heeft het woord 'zekere' toegelicht en verklaard in antwoord op vragen van de Tweede Kamer.⁷⁰ Het woord 'zekere' heeft betrekking op de inhoudelijke oordeelsvorming door de inspectie. Deze vorm van autonomie heeft tot doel om te waarborgen dat de inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg conclusies naar voren kan brengen die de minister ongelegen komen. Op dit punt kan geen sprake zijn van aansturing of beïnvloeding door bewindspersonen of ambtenaren van het ministerie. Wel kent artikel 38 van de Gezondheidswet de mogelijkheid dat de minister aan de inspectie aanwijzingen kan geven, een bevoegdheid waarvan in het verleden nauwelijks gebruik is gemaakt:⁷¹

"In reactie op de vraag van de heer Hoekstra of de inspectie weleens door de minister is ingezet voor het bereiken van beleidsdoeleinden, meldt de heer Bekker dat de bevoegdheid tot het geven van een 'aanwijzing' bij zijn weten maar zeer sporadisch is gebruikt (bij voorbeeld Den Dolder). Bij de IJsselmeerziekenhuizen is er indertijd mee gedreigd maar dat was op het randje. Het is dus een instrument waarmee geen ervaring bestaat en waarvan de hantering dus ook niet makkelijk kan worden overzien."⁷²

De zekere mate van onafhankelijkheid van het inhoudelijk functioneren van de inspectie laat onverlet de sturing door de ambtelijke leiding van het ministerie als het gaat om de plannings- en verantwoordingscyclus en om materiële zaken zoals menskracht en middelen. Het is immers de verantwoordelijkheid van de minister dat de inspectie zo doeltreffend en doelmatig mogelijk functioneert. Op 24 maart 2000 heeft de minister een herziene regeling goedgekeurd die de verhouding regelt tussen de minister en de inspecteur-generaal met betrekking tot de taakuitvoering en het beheer van de inspectie. Deze regels betreffen onder meer de termijnen waarop de inspectie haar beleidsplan, haar meerjarenactiviteitenplan, het werkplan en de jaarrapportage ter goedkeuring aan de minister voorlegt. Hetzelfde geldt voor documenten die betrekking hebben op de beheerscyclus.

De minister voert periodieke werkgesprekken met de inspecteur-generaal. Het hoofddoel van deze gesprekken is informatieverschaffing van de inspectie over zaken die voor de minister van politieke betekenis (kunnen) zijn, bijvoorbeeld calamiteiten. Aan de andere kant bieden deze gesprekken ook de mogelijkheid om de inspectie in te lichten over onderwerpen die voor haar van belang zijn en over gedachten die bij de politieke leiding leven. De gesprekken worden voorbereid aan de hand van een agenda en van ieder gesprek wordt een verslag gemaakt.

Met de secretaris-generaal voert de inspecteur-generaal ook periodieke werkgesprekken. In deze gesprekken komen onderwerpen aan de orde die verband houden met de sturing van de inspectie. Het gaat dan om de begroting van de inspectie, organisatievraagstukken, benoemingen, de beleidscyclus voor zover het gaat om de sturing en departementale afstemming. Uiteraard wordt de secretaris-generaal ook ingelicht over belangrijke dossiers. Ook deze gesprekken worden voorbereid door middel van een agenda: de afspraken worden vastgelegd en de voortgang wordt gevolgd.

70 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 395, nrs. 3 en 4. Antwoorden op vraag 1 en op vraag 47

71 Zie het gesprek van de commissie met professor dr. R. Bekker (bijlage 8).

72 Ibidem

Sinds begin 1998 neemt de inspecteur-generaal deel aan de wekelijkse ministerstaf en aan de beheersstaf die eenmaal per kwartaal plaatsvindt. Hij neemt niet deel aan de wekelijkse beleidsstaf. Vanaf oktober 2006 neemt de inspecteur-generaal deel aan de wekelijkse ministerstaf en de wekelijkse bijeenkomst van de bestuursraad.

Op de internetsite van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws) komt in het daar weergegeven organogram van het departement de inspectie niet voor (zie ook bijlage 2). Het voorgaande laat onverlet, dat de minister verantwoordelijk is voor de inspectie: de inspectie is immers een rijksdienst en maakt als zodanig deel uit van de departementale organisatie. Op de vraag of de ministeriële verantwoordelijkheid voldoende tot haar recht komt, wordt nader ingegaan in hoofdstuk 5.

4. De inspectie en de neuroloog

Reconstructie van de feitelijke gang van zaken (2000-2009)

In dit hoofdstuk wordt nagegaan wie binnen de inspectie wanneer beschikte over welke relevante informatie met betrekking tot de neuroloogcasus Medisch Spectrum Twente, en wat zij met die informatie hebben gedaan. De periode van onderzoek loopt van september 2000 (eerste melding) tot en met februari 2009 als binnen de inspectie wordt begonnen met een eigen onderzoek naar het functioneren van de inspectie in deze casus.

4.1. Vooraf

Over dr. Jansen zijn in de loop der jaren signalen afgegeven en zijn meldingen bij de inspectie binnengekomen. Soms in de vorm van een rechtstreekse klacht van patiënten. Dan weer trokken collega's aan de bel bij de raad van bestuur, maar ook bij de inspectie. Vanzelfsprekend kan de vraag worden gesteld of de raad van toezicht op de hoogte was van mogelijk disfunctioneren van dr. Jansen. En – zoals verderop blijkt – leefden er ook twijfels bij een van de zorgverzekeraars. In dit hoofdstuk komen deze meldingen, signalen, vragen en twijfels over het functioneren van dr. Jansen aan bod en wordt belicht hoe binnen de inspectie met deze signalen is omgegaan. Om niet te vervallen in een discussie over semantiek wordt gesproken over 'signalen'. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt de balans opgemaakt rekening houdend met de omstandigheden waarin deze signalen de inspectie hebben bereikt.

De periode waarin deze signalen aan de inspectie werden afgegeven bestrijkt een groot aantal jaren. Hierin kan een chronologische onderverdeling worden gemaakt:

jaren negentig: signalen over spanningen in de vakgroep neurologie;

- 4 september 2000: melding (patiënte Damink-Huisman);
- 13 juli 2001: melding (patiënte Damink-Huisman);
- 14 januari 2002: melding (echtgenoot van patiënte Hollander);
- 18 november 2003: melding apotheker over grootverbruik van Dormicum® 15mg door neuroloog;
- december 2003-begin 2004: twee (anonieme) telefonische berichten van collega's (over neuroloog);
- 10 maart 2004: vragen van een journalist van De Telegraaf;
- 16 april 2004 (telefonisch) en 19 april 2004 (schriftelijk): melding van verzekeraar Menzis bij inspectie na inzage in dossiers van vier patiënten van dr. Jansen;
- 23 maart 2004: regulier overleg tussen de inspectie en de raad van bestuur.

De diverse signalen komen thematisch aan de orde in de onderstaande paragrafen. De drie klachten van patiënten komen aan bod in 4.2. In 4.3. wordt ingegaan op de meldingen en signalen van directe collega's van dr. Jansen, en op de melding van een apotheker. De raad van bestuur en de raad van toezicht volgen in 4.4. De vragen van de journalist is opgenomen in paragraaf 4.4. Dat geldt ook voor het regulier overleg van de inspectie met de raad van bestuur op 23 maart 2004. In 4.5. is de focus gericht op de melding van de verzekeraar. De klachtencommissie volgt in 4.6. In 4.7. wordt nagegaan hoe de inspectie is omgegaan met deze meldingen, signalen en klachten. Hierin komt ook de vraag aan de orde wie binnen de inspectie wat en wanneer wist over het disfunctioneren van dr. Jansen, en wat hij of zij met deze kennis heeft gedaan. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies die uit deze reconstructie worden getrokken

4.2. De inspectie, patiënten en de neuroloog

4.2.1. De eerste klacht van mevrouw G.M. Damink-Huisman van 8 september 2000 (M 01032)

Mevrouw G.M. Damink-Huisman was patiënte van dr. Jansen. Zij klaagde over vergeetachtigheid, had sinds het midden van de jaren negentig een raar gevoel in haar hoofd en kon zich op sommige momenten niet goed concentreren. Ze was vanwege de vroege dementie van haar moeder bang dat dementie ook haar te wachten stond.⁷³ Op 12 mei 2000 was de diagnose van dr. Jansen de ziekte van Alzheimer en als medicatie schreef de neuroloog haar rivastigmine (Exelon®) voor. Voor het gebruik van dit middel moet de verzekeraar schriftelijk toestemming verlenen om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen. Zorgverzekeraar Amicon (thans Menzis Zorg) berichtte op 6 juni 2000 aan mevrouw Damink-Huisman dat haar aanvraag voor het gebruik van het geneesmiddel voor een periode van een half jaar (van 12 mei tot en met 11 november 2000) werd goedgekeurd.

Maar nog voordat mevrouw Damink-Huisman deze medicatie begon te gebruiken vroeg ze via haar huisarts een 'second opinion' aan bij de Geheugen- en Ouderenpolikliniek van GGZ Buitenamstel in Amsterdam. Het Amsterdamse onderzoek bestond uit een consult bij een psychiater, een MRI scan van de schedel, neuropsychologisch onderzoek, laboratoriumonderzoek en een neuropsychiatrisch onderzoek. De conclusie van deze 'second opinion' luidde: geen aanwijzingen voor de ziekte van Alzheimer.

Mevrouw Damink-Huisman beklagde zich op 2 augustus 2000 schriftelijk bij dr. Jansen. Zij verweet dr. Jansen dat deze waarschijnlijk had nagelaten alles zorgvuldig te onderzoeken. Ze was "door een hel gegaan, erger nog, ik was in gedachten al aan het afscheid nemen van alles en iedereen." Op 16 augustus 2000 beantwoordde dr. Jansen haar brief en liet weten dat ook hij "met alle vreugde" van zijn Amsterdamse collega had vernomen dat bij mevrouw Damink-Huisman geen aanwijzing voor de ziekte van Alzheimer was gevonden. Hij vroeg mevrouw Damink-Huisman een nieuwe afspraak met hem te maken: "dit ter verduidelijking van mijn standpunt en anderszins ook om het contact niet te verbreken."

Mevrouw Damink-Huisman had inmiddels de beschikking gekregen over de uitslag van een onderzoek dat zij in het kader van diagnosestelling door dr. Jansen op 9 februari 2000 had ondergaan. Dit onderzoek, uitgevoerd in het Medisch Spectrum Twente, bevatte de conclusie dat "op dit moment (nog) geen duidelijke typering wat betreft Alzheimer" was vast te stellen. En verder kreeg mevrouw Damink-Huisman de beschikking over de door dr. Jansen ingevulde MMSE-score (Minimal Mental Stage Examination). Hij had als score 22 ingevuld.

Wat betekende deze score? Onder meer het *Nederlandse Huisartsen Genootschap* adviseert MMSE-scores op factoren als leeftijd en opleidingsniveau te corrigeren. Gemiddeld genomen correspondeert een score van achttien punten of minder met ernstige cognitieve stoornissen. Een score van 28 of hoger correspondeert met goed cognitief functioneren. Nadrukkelijk wordt ervoor gewaarschuwd om aan de hand van de score een absolute uitspraak te doen over het al of niet aanwezig zijn van dementie. Dr. Jansen had de score ingevuld, maar mevrouw Damink-Huisman had de test niet ondergaan. De ingevulde score diende louter en alleen voor het verkrijgen van een machtiging om rivastigmine voor te schrijven.

Mevrouw Damink-Huisman wendde zich op 4 september 2000 telefonisch tot de inspectie. Uit de door de inspectie aan de commissie aangeleverde documentatie is niet meer op te maken bij wie mevrouw Damink-Huisman zich op 4 september 2000 met haar klacht meldde.⁷⁴ Dr. D.J.B. Ringoir heeft de commissie laten weten dat hij "zeker telefonisch gesproken" heeft met mevrouw Damink-Huisman.⁷⁵ Dr. Ringoir had bij de inspectie een zekere kennis opgebouwd op het gebied van dementie omdat hij lange tijd inspecteur in algemene dienst voor de psychotherapie bij de Hoofinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid was geweest. In het op 4 september 2000 gevoerde telefoongesprek kreeg mevrouw Damink-Huisman het advies van de inspectie eerst nog eens "over alles te praten" met dr. Jansen.⁷⁶ Op 8 september 2000 legde mevrouw Damink-Huisman haar ervaringen met dr. Jansen in een brief aan inspecteur dr. D.J.B. Ringoir vast:

73 Rapport van de externe onderzoekscommissie MST (Lemstra-1), 'En waar was de patiënt..?' Enschede 1 september 2009. Verkennend gesprek met mevrouw G.M. Damink-Huisman. Enschede 16 februari 2010

74 De commissie beschikt niet over het formulier waarop deze klacht is vastgelegd. Zij heeft dit formulier niet aangetroffen in het dossier van de inspectie.

75 E-mail van dr. D.J.B. Ringoir aan dr. H.P.M. Kreemers van 6 maart 2010 om 15.56 uur

76 Brief van mevrouw G.M. Damink-Huisman aan dr. D.J.B. Ringoir van 8 september 2000

“Hij vertelde mij dat hij het medicijn Exelon® had voorgeschreven ter voorkoming van de ziekte [van] Alzheimer. De score 22 die hij had genoteerd blijkt hij uit zijn duim te hebben gezogen, hetgeen vaker gebeurde, anders kreeg hij van de verzekering geen toestemming. Hij gaf duidelijk te kennen dat hij voor het vaststellen van een score géén onderzoeken of iets dergelijks had verricht. Verder vond hij andere testen en onderzoek niet nodig voor het vaststellen van Alzheimer want uit de scan bleek dat er sprake is van vermindering van mijn hersencellen. Hieruit maakte hij de conclusie dat er niet voldoende zuurstof in de hersenen komt, en dat was voor hem voldoende om Alzheimer te “constateren”, vooral omdat mijn moeder al op vrij jonge leeftijd dementerende was. Echter, inmiddels weet ik dat dit niet zonder meer op Alzheimer hoeft te duiden. Hij zei ook doodleuk dat hij ook wel eens Exelon® voorschreef aan mensen met depressies waarvan hij dacht dat ze veroorzaakt werden door beginnende Alzheimer- en Parkinson.”

Op 17 oktober 2000, bijna zes weken later, liet de regionaal inspecteur schriftelijk weten dat hij zich “goed uw verontwaardiging [kan] indenken. Gelukkig bent u in Amsterdam terecht gekomen bij een echte specialist op het gebied van dementie.” Volgens de inspecteur was sprake van “een onzorgvuldig handelen van dr. Jansen-Steur”. De inspecteur Ringoir kende de persoon en de naam van deze neuroloog niet.⁷⁷ Hij raadde mevrouw Damink-Huisman aan een gesprek te voeren met de arts omdat “ze” op onjuiste informatie en onderzoeksresultaten zou zijn afgegaan in ‘haar’ diagnose. Mocht het gesprek onvoldoende resultaat hebben, dan – zo raadde de inspecteur aan – zou mevrouw Damink-Huisman een klacht bij de klachtencommissie van het Medisch Spectrum Twente of het tuchtcollege in Twente kunnen indienen.⁷⁸

Wat dit laatste betreft had dr. D.J.B. Ringoir in de brief van mevrouw Damink-Huisman van 8 september 2000 over het hoofd gezien dat mevrouw Damink-Huisman al op aanraden van de inspectie met dr. Jansen had gesproken en van dit gesprek in haar brief uitgebreid verslag deed. Dat op 6 september 2000 gevoerde gesprek was voor mevrouw Damink-Huisman onbevredigend verlopen.

Op 25 oktober 2000 diende mevrouw Damink-Huisman bij de klachtencommissie van het Medisch Spectrum Twente een klacht in. Deze klacht was tweeledig. In de eerste plaats klaagde mevrouw Damink-Huisman over het stellen van een onjuiste diagnose, die haar ook Huisman nog eens “op brute wijze” was meegedeeld. In de tweede plaats klaagde mevrouw Damink-Huisman over het onterecht voorschrijven van Exelon® zonder voorafgaande informatie over mogelijke bijwerkingen en met opgave van een MMSE-score waarvoor zij geen test had ondergaan.

De klachtencommissie rapporteerde over het door haar uitvoerde onderzoek op 30 januari 2001. De commissie achtte zich niet bevoegd om te beoordelen of de diagnostiek van dr. Jansen naar een beginnend dementiesyndroom volledig en adequaat zou zijn geweest. Dr. Jansen was wel naar het oordeel van de klachtencommissie tekortgeschoten bij de uitleg en de formulering van de door hem aan mevrouw Damink-Huisman overgebrachte diagnose. Ook was de commissie van oordeel dat de dossiervorming van dr. Jansen onvolledig was. De commissie wilde en kon zich niet begeven in de discussie over de indicatiestelling bij het voorschrijven van Exelon®. Wel achtte ze aannemelijk dat dr. Jansen onvoldoende informatie had gegeven over de bijwerkingen van dit middel. De commissie achtte aangetoond dat de vermelde MMSE-score onjuist was.

Op 7 februari 2001 wendde mevrouw Damink-Huisman zich voor de tweede keer schriftelijk tot de inspectie.⁷⁹ Deze brief bevatte onder andere een kopie van de uitspraak van de klachtencommissie. Op 1 maart 2001 kwam de schriftelijke reactie van de inspectie. Dr. D.J.B. Ringoir had dit dossier aan een andere inspecteur, mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema, overgedragen, omdat het Medisch Spectrum Twente onder haar toezicht viel. Uit de reactie van de inspectie kan worden afgeleid dat mevrouw Damink-Huisman de inspectie had gevraagd “in te grijpen”. Dat was volgens mevrouw Schoenmaker-Miedema maar in beperkte mate mogelijk, namelijk pas als sprake zou zijn van een algemeen belang en/of de kans op herhaling door dezelfde arts. In dat geval zou de inspectie een klacht kunnen indienen bij het tuchtcollege en dat tuchtcollege zou, zoals mevrouw Damink-Huisman dat in haar brief had genoemd, kunnen “ingrijpen”. Mevrouw Schoenmaker-Miedema gaf verder aan dat mevrouw Damink-Huisman ook zelf een klacht kon indienen bij dit tuchtcollege. De brief eindigde met: “In het regulier overleg dat ik met de raad van bestuur heb zal ik deze klacht aan de orde stellen, want het is gebruikelijk dat de raad van bestuur reageert op de uitspraak van de klachtencommissie.

77 E-mail van dr. D.J.B. Ringoir aan dr. H.P.M. Kreemers van 6 maart 2010 om 15.56 uur

78 Brief van dr. D.J.B. Ringoir, arts aan mevrouw Damink-Huisman. Arnhem 17 oktober 2000, kenmerk JR/SA 0006230

79 De commissie beschikt niet over deze brief. Zij heeft deze niet aangetroffen in het dossier van de inspectie.

Deze reactie zal ik hun vragen en tevens verzoeken ook aan u mee te delen.” Een opmerkelijk detail, waarop in paragraaf 4.5. nader wordt ingegaan, is dat de brief bij afwezigheid van mevrouw Schoenmaker-Miedema is ondertekend door mevrouw E.C.M. van der Wilden-van Lier.⁸⁰

Kort na deze brief, op 20 maart 2001, vond het zogeheten regulier overleg plaats tussen de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente en de inspectie. Van de raad van bestuur waren de voorzitter, dr. H.G. Bijker, en het kort daarvoor aangetreden lid van de raad van bestuur, drs. T.R. Zijlstra, aanwezig. De inspectie werd vertegenwoordigd door mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema.

In dit overleg kwam de uitspraak van de klachtencommissie over de klacht van mevrouw Damink-Huisman aan de orde. Dr. H.G. Bijker meende zich – blijkens het verslag van deze bijeenkomst – te herinneren dat hij mevrouw Damink-Huisman een brief had gestuurd met de reactie van de raad van bestuur op de uitspraak van de klachtencommissie. Omdat een kopie van deze brief niet in het dossier van mevrouw Schoenmaker-Miedema zat, zou hij nog eens nakijken of de brief inderdaad al was verstuurd. De bespreking van de uitspraak van de klachtencommissie was voor de heren Bijker en Zijlstra en mevrouw Schoenmaker-Miedema klaarblijkelijk reden om even stil te staan bij de persoon Jansen. Mevrouw Schoenmaker-Miedema noteerde in haar verslag: “Jansen Steur is een vreemde vogel, waar ik nog wel meer over zal horen.”⁸¹

Op 1 april 2001 schreef mevrouw Damink-Huisman haar volgende brief aan de inspectie. Ze had – zo liet ze weten – nog steeds geen reactie van de raad van bestuur gekregen naar aanleiding van de uitspraak van de klachtencommissie. De reactie volgde drie dagen later. De raad van bestuur liet weten dat de aanbevelingen van de klachtencommissie werden overgenomen en dat dr. Jansen hiervan schriftelijk op de hoogte was gesteld.⁸² De volgende dag sloot de inspectie de melding van mevrouw Damink-Huisman.⁸³

4.2.2. De tweede klacht van mevrouw G.M. Damink-Huisman van 13 juli 2001 (M 01032)

Mevrouw Damink-Huisman diende vervolgens een klacht in bij het regionaal tuchtcollege in Zwolle. In het kader van de hierbij te volgen procedure ontving zij relevante stukken uit haar medisch dossier. Daarbij kwam aan het licht dat bij haar verschillende malen bloed was afgenomen dat zonder haar medeweten en dus ook zonder haar instemming voor DNA-onderzoek was gebruikt. Op 13 juli 2001 belde zij hierover met de inspectie in Arnhem (de heer R. J. Boumans). Deze wilde hierover met een van zijn collega's overleggen. Hij had mevrouw Damink-Huisman al gezegd dat DNA-onderzoek zonder toestemming van de patiënt waarschijnlijk niet was toegestaan, maar wilde ruggespraak met een van zijn collega's. Mevrouw Damink-Huisman zou op 16 juli 2001 worden teruggebeld. Of dat inderdaad is gebeurd, kan mevrouw Damink-Huisman zich niet herinneren, maar het contact met de inspectie werd in ieder geval voortgezet.⁸⁴

Op 8 oktober 2001 bevestigde de inspectie de afspraak van een gesprek met de heer en mevrouw Damink-Huisman. De klachten van mevrouw Damink-Huisman waren inmiddels ook ter ore gekomen van het Tweede Kamerlid Erica Terpstra. Ze liet op 16 oktober 2001 mevrouw Schoenmaker-Miedema weten dat ze contact had gehad met mevrouw Damink-Huisman en dat ze het dossier van mevrouw Damink-Huisman had ontvangen. Mevrouw Terpstra had navraag gedaan bij de klachtencommissie en had met de minister over deze kwestie gesproken. Ze vond dat de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst met de voeten was getreden. Ze was van plan deze kwestie te blijven volgen en drong aan op vervolgstappen van de inspectie: het moest maar “een zaak worden”:

80 Brief van mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema, arts aan mevrouw G.M. Damink-Huisman. Arnhem 1 maart 2001, kenmerk AS/NG 0100761 M01032. Ook een andere brief van de inspectie aan mevrouw Damink-Huisman wordt bij afwezigheid door mevrouw Van der Wilden-van Lier ondertekend. Brief van 8 oktober 2001, kenmerk AS/WM0106689 M01032

81 Verslag regulier overleg MST te Enschede 20 maart 2001. Mevrouw Schoenmaker-Miedema heeft de commissie laten weten dat ze de context waarin deze opmerking is gemaakt niet kan herinneren: “Het komt meer goedaardig over dan dat er sprake is van (dreigend) disfunctioneren.” E-mail van mr. A.H. Schoenmaker-Miedema aan dr. H.P.M. Kreemers van 2 maart 2010 om 13.42 uur.

82 Brief van drs. T.R. Zijlstra aan mevrouw G.M. Damink-Huisman. Enschede 4 april, kenmerk TZ/CG/ag/0235.01

83 Rapport van de externe onderzoekscommissie MST (Lemstra-1), ‘En waar was de patiënt..?’ Enschede 1 september 2009, blz. 33

84 Gesprek met mevrouw G.M. Damink-Huisman en de heer H. Damink. Enschede 16 februari 2010

“Zo herinner ik mij dat ik mevrouw Erica Terpstra aan de telefoon heb gehad die door mevrouw Damink benaderd was in haar toenmalige hoedanigheid als lid van de Tweede Kamer. Ik ben vermanend toegesproken door mevrouw Terpstra om het goed in de gaten te houden. Dit gaf nogal wat ergernis want ik had mevrouw Terpstra niet nodig om deze klacht serieus te nemen.”⁸⁵

Mevrouw Schoenmaker-Miedema liet het Tweede Kamerlid weten dat de inspectie op 30 oktober 2001 met de heer en mevrouw Damink-Huisman een gesprek zou voeren.

In het gesprek op 30 oktober 2001 van de inspectie met het echtpaar Damink-Huisman kwamen de lopende procedures aan de orde. Bij de klachtencommissie van het Medisch Spectrum Twente lag op dat moment een tweede klacht. Dit keer over het DNA-onderzoek. De klacht bij het regionale tuchtcollege in Zwolle was uitgebreid met de klacht over het DNA-onderzoek. Ten slotte kondigden de heer en mevrouw Damink-Huisman aan dat de volgende dag de secretaris van de raad van bestuur hen thuis zou komen opzoeken: “we weten niet waarover hij wil komen praten.” Mevrouw Schoenmaker-Miedema zegde toe “de zaak te blijven volgen.” Het ging haar om wat dr. Jansen met de conclusies en aanbevelingen van de klachtencommissie zou doen en hoe dat binnen het Medisch Spectrum Twente zou worden bewaakt.⁸⁶ De volgende dag bood de secretaris van de raad van bestuur mevrouw Damink-Huisman een regeling aan waarmee de hele kwestie naar wederzijdse tevredenheid zou kunnen worden afgesloten. Op 5 november 2001 sloot de inspectie deze tweede melding van mevrouw Damink-Huisman, nadat mevrouw Damink-Huisman had aangegeven met de procedures te willen stoppen.⁸⁷ Volgens mevrouw Schoenmaker-Miedema heeft mevrouw Damink-Huisman “niet meegedeeld dat de klacht zou worden afgekocht. Dat zou zeker een reden geweest zijn voor nader onderzoek. Zij heeft wel meegedeeld dat zij de klacht introk. Over haar beweegredenen kan ik mij niets herinneren. Wel herinner ik mij dat een en ander haar zeer raakte.”⁸⁸

Op 5 februari 2002 vond het eerstvolgende reguliere overleg tussen de raad van bestuur en de inspectie plaats. Aanwezig waren dezelfde personen als bij het reguliere overleg op 20 maart 2001: dr. H.G. Bijker, drs. T.R. Zijlstra en mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema. Over mevrouw Damink-Huisman en haar klachten over dr. Jansen werd niet meer gesproken. Het daarop volgende reguliere overleg werd op 5 november 2002 gevoerd met dezelfde aanwezigen als op 5 februari 2002. Ook toen kwamen mevrouw Damink-Huisman en haar klachten over dr. Jansen niet meer aan de orde. En dat gold ook voor de twee daarop volgende reguliere overleggen: op 22 april 2003 en op 23 september 2003.

4.2.3. De klacht van de heer A. Hollander van 14 januari 2002 (M 02022)

Tijdens het reguliere overleg op 22 april 2003 lagen een andere melding en een hiermee nauw verband houdende klacht op tafel. Op 14 januari 2002 schreef de heer A. Hollander uit de gemeente Ruurlo een brief aan de inspectie. Deze brief kwam ter behandeling bij mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema terecht.

Op 25 februari 2001 was de echtgenote van de heer Hollander op 38-jarige leeftijd overleden. Tevergeefs had de heer Hollander de medisch specialist, die als hoofdcoördinator optrad, benaderd om achter de toedracht van dit voor hem zo onbeschrijfelijke drama te komen. Pas op 31 oktober 2001, acht maanden na het tragische overlijden van mevrouw Hollander, had een volgens de heer Hollander “moeizaam tot stand gekomen gesprek” met de neuroloog plaatsgevonden. In zijn brief aan de inspectie viel de naam van de neuroloog die als hoofdbehandelaar van mevrouw Hollander had gefungeerd niet. Het overlijden van mevrouw Hollander was te wijten aan een defect aan een port-à-cath infuussysteem dat bij haar was aangebracht om apomorfine toe te dienen.⁸⁹ Dit middel was haar voorgeschreven door dr. Jansen. Overigens op grond van een twijfelachtige diagnose, zoals verderop aan de orde komt.

In het op 31 oktober 2001 tussen de heer Hollander en de neuroloog gevoerde gesprek had, zo liet de heer Hollander de

85 E-mail van mr. A.H. Schoenmaker-Miedema aan dr. H.P.M. Kreemers van 2 maart 2010 om 13.42 uur. Telefoonnotitie 17 oktober 2001, nummer 0106990

86 Verslag van het bezoek aan/gesprek bij IGZ op 30 oktober 2001

87 Rapport van de externe onderzoekscommissie MST (Lemstra-1), ‘En waar was de patiënt..?’ Enschede 1 september 2009, blz. 34.

88 E-mail van mr. A.H. Schoenmaker-Miedema aan dr. H.P.M. Kreemers van 2 maart 2010 om 13.42 uur.

89 Het gaat hier om een reservoir dat onder de huid wordt geïmplant met een slangetje dat de in te brengen vloeistof via een ader toedient. Apomorfine wordt niet erg vaak toegepast. De reden hiervoor is dat apomorfine niet door de darmen wordt opgenomen. Het kan dus alleen als injectie toegediend worden, onder de huid. Apomorfine wordt vooral gebruikt voor de behandeling van ernstige, gecompliceerde Parkinson-verschijnselen. Het werkt krachtig en snel tegen traagheid, spierstijfheid en krampen (‘off’ verschijnselen).

inspectie weten, de neuroloog een onafhankelijk onderzoek naar het defect aan het infuussysteem aangeboden. Hij zou ook contact opnemen met de Nederlandse vertegenwoordiger van dit type infuussystemen, maar sindsdien had de heer Hollander niets meer vernomen van de neuroloog. Wel had de heer Hollander via zijn huisarts navraag laten doen over de noodzaak van het gebruik van het infuussysteem bij Lareb.⁹⁰ Volgens de heer Hollander had zijn huisarts daarover ook de inspectie geïnformeerd.

De heer Hollander kreeg op 6 februari 2002 antwoord van de inspectie op zijn brief van ruim twee weken eerder. De via de huisarts ingediende melding bij de inspectie over het infuussysteem was niet terug te vinden, zo liet mevrouw Schoenmaker-Miedema de heer Hollander weten. Desalniettemin vond de inspectie een nader onderzoek naar het defect aan het infuussysteem "van groot belang". Om deze reden werd de heer Hollander gevraagd de inspectie te laten weten in welk ziekenhuis de behandeling van zijn echtgenote had plaatsgevonden. Ook verzocht de inspectie hem om een machtiging om in dit ziekenhuis medische gegevens op te vragen.⁹¹

Nog op dezelfde dag, 7 februari 2002, dat de heer Hollander deze brief van de inspectie ontving, stuurde hij de gevraagde gegevens op en verleende hij de gevraagde machtiging voor het opvragen van medische gegevens. Hij vermeldde in zijn brief het ziekenhuis waar zijn echtgenote was overleden (mevrouw Hollander was uiteindelijk naar het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam overgebracht en daar overleden) en noemde de behandelende artsen. Ook lichtte hij de inspectie in over het ziekenhuis waar de behandeling van zijn echtgenote had plaatsgevonden en wie in dit ziekenhuis (Medisch Spectrum Twente) de hoofdbehandelaar was geweest: dr. E.N.H. Jansen (neuroloog).

Een week later, op 15 februari 2002, stuurde de inspectie aan drs. T.R. Zijlstra, lid van de raad van bestuur van het ziekenhuis een brief met de volgende aankondiging en het volgende verzoek:

"Naar aanleiding van deze melding heeft de inspectie besloten een onderzoek te verrichten. In dit kader is de 'Leidraad onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen' van toepassing. Ten behoeve van het onderzoek verzoek ik u de volgende vragen te beantwoorden:

- *Is van deze gebeurtenis een MIP-melding gedaan?*⁹²
- *Heeft intern ziekenhuisonderzoek naar de breuk informatie opgeleverd over de oorzaak van de breuk en het pas laat vaststellen daarvan?*
- *Is er over deze gebeurtenis contact opgenomen met de leverancier en wat zijn de uitkomsten hiervan?*⁹³

Op 7 maart 2002 antwoordde niet de heer Zijlstra, maar drs. M.M.M. Eijsvogel, longarts in het Medisch Spectrum Enschede, op de brief van de inspectie. Hij liet weten dat geen MIP-melding was gedaan omdat mevrouw Hollander niet in het Medisch Spectrum Twente maar in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam was overleden. Het defect met het infuussysteem was inderdaad in het Medisch Spectrum Twente onopgemerkt gebleven. Dat had de longarts ook met de heer en mevrouw Hollander en later, na het overlijden van mevrouw Hollander, ook met haar echtgenoot besproken. Vanzelfsprekend stelde de heer Eijsvogel zich beschikbaar voor medewerking aan het door de inspectie aangekondigde onderzoek.⁹⁴ Op 19 maart 2002 bedankte mevrouw Schoenmaker-Miedema de heer Zijlstra voor zijn antwoord. Tevens meldde ze dat ze de melding had overgedragen aan haar collega A. Hoekstra, inspecteur voor de medische technologie in de regio noordoost met als standplaats Groningen.⁹⁵ Deze zou "zodanig in het kader van zijn onderzoek contact met u opnemen."⁹⁶ Op 19 maart 2002 droeg mevrouw Schoenmaker-Miedema het onderzoek over aan haar Groningse collega A. Hoekstra.⁹⁷

90 Lareb (www.lareb.nl) is het Nederlandse centrum dat bijwerkingen bij medicijnen of medische hulpmiddelen registreert en bewaakt. Mevrouw Hollander had een allergie voor latex en kon polyuritaan niet verdragen.

91 Brief van de inspectie aan de heer A. Hollander. Arnhem 6 februari 2002, kenmerk AS/NG 0200657 M02022

92 MIP = meldingen incidenten patiëntenzorg: melding over gebeurtenis in de patiëntenzorg met (potentieel) schadelijk gevolg voor de patiënt (uitgezonderd complicaties).

93 Brief van mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema aan de heer drs. T.R. Zijlstra. Arnhem 15 februari 2002, kenmerk AS/HN 0200901 M02022

94 Brief van M.M.M. Eijsvogel aan mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema. Enschede 7 maart 2002

95 De heer A. Hoekstra is geen familie van de voorzitter van de commissie-Hoekstra.

96 Brief van mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema aan drs. T.R. Zijlstra. Arnhem 18 maart 2002, kenmerk AS/HN 0201594 M02022

97 Brief van mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema aan de heer A. Hoekstra. Arnhem 19 maart 2002, kenmerk AS/HN 0201594 M02022

Het door de inspectie aangekondigde onderzoek kreeg hierdoor een beperkte focus op de derde vraag die inspecteur Schoenmaker-Miedema op 15 februari 2002 aan het Medisch Spectrum Twente had voorgelegd. Of deze gebeurtenis niet gemeld had moeten worden en of binnen het Medisch Spectrum Twente nagegaan was wat de oorzaak van het falende infuusapparaat was, kwam in het nu op gang gekomen onderzoek niet meer aan de orde. En het onderzoek beperkte zich tot 'navragen': wist het ziekenhuis wie de fabrikant en wie de importeur was en kon de fabrikant meer vertellen over de oorzaak van het defect?

Het binnen de inspectie navragen van de naam van de fabrikant en importeur leverde op 9 april 2002 een verrassende ontdekking op. Bij de inspectie in Arnhem liep een tweede onderzoek (0060/02) naar het defecte apparaat. Aan dit onderzoek ligt niet de door de heer Hollander en zijn huisarts gedane melding van eind 2001 ten grondslag. Het betrof een melding van de producent van het infuussysteem, de firma Graseby in Watford (Groot-Brittannië), aan de inspectie op 18 april 2001 naar aanleiding van het overlijden van mevrouw Hollander. "Zo sluit de cirkel zich (bijna) weer", noteerde een medewerker van de inspectie in een e-mail op 9 april 2002.⁹⁸

De heer Hollander was inmiddels, op 19 maart 2002, door mevrouw Schoenmaker-Miedema op de hoogte gebracht van de overdracht van het onderzoek aan de heer Hoekstra van de inspectie in Groningen. Voor de heer Hollander was dit aanleiding om voor de heer A. Hoekstra "het hele drama van de port-à-cath dat mijn vrouw is overkomen op papier te zetten, van begin tot het eind."⁹⁹ In het vijf bladzijden tellende relaas speelt dr. Jansen een prominente rol: dr. Jansen figureert in twaalf alinea's. Op 10 juli 2002 bevestigde de heer A. Hoekstra de ontvangst van de brief van de heer Hollander: "Ik heb deze brief inmiddels bij de andere stukken gevoegd." In ieder geval leidde de brief van de heer Hollander niet tot een andere wending van het onderzoek. Die dag hervatte de heer A. Hoekstra zijn zoektocht naar de fabrikant van het infuussysteem en stelde vragen aan de chirurg van het Academisch Medisch Centrum.¹⁰⁰ Op 9 augustus 2002 was de naam van de fabrikant bekend en moest nog worden nagegaan waar deze fabrikant te bereiken was.

Het onderzoek vernauwde zich nu verder. Zodra bekend was waar de fabrikant in Nederland was vertegenwoordigd, werd daar "de gebruikelijke informatie" opgevraagd.¹⁰¹ Deze bleek al gedeeltelijk voorhanden omdat de producent van het infuussysteem op 18 april 2001 de inspectie zelf op de hoogte had gebracht van het overlijden van mevrouw Hollander en de rol van de port-à-cath bij deze calamiteit. Begin mei 2001 had de inspectie besloten om het zogeheten 'Final Report' van Graseby af te wachten en met het Medisch Spectrum Twente contact op te nemen om daar vermoedelijk aanvullende vragen te stellen. Dit laatste kon geen doorgang vinden omdat de inspecteur die hiermee was belast de inspectie inmiddels had verlaten.¹⁰²

Eind augustus 2002 werd besloten om de heer Hollander in te lichten over de uitkomsten van de navraag bij Graseby zodra de firma Graseby had laten weten tegen inzageverlening van het 'initial report' en het 'final report' van Graseby geen bezwaar te hebben: melding 0127/01 en melding 0060/02 bleken "dezelfde zaak" te zijn. Enkele weken later berichtte de firma Graseby dat de heer Hollander inzage kon worden gegeven in het 'final report'.¹⁰³ Een gesprek met de heer Hollander kwam echter niet tot stand. Op 17 januari 2003 kwam het gesprek met de heer Hollander weer aan de orde binnen de inspectie. In ieder geval moest de "MT kant", dat wil zeggen de uitkomsten van de navraag bij Graseby, met de heer Hollander worden besproken. Maar ook "de medische kant", waarmee werd gedoeld op de twee eerste vragen die op 15 februari 2002 aan het Medisch Spectrum Twente waren gericht.¹⁰⁴ Met de heer Hollander werd een gesprek afgesproken op 31 januari 2003 bij hem thuis. In dit gesprek kwam aan de orde dat de inspectie Graseby zou vragen het deel van de port-à-cath dat in het bezit van de heer Hollander bleek te zijn te onderzoeken.

98 E-mail van mevrouw K.I. Bonnema aan de heer J. Moleveld 9 april 2002 om 10.10 uur. E-mail van de heer J. Moleveld aan onder anderen de heer A. Hoekstra 23 augustus 2002 om 16.01 uur.

99 Brief van de heer A. Hollander aan de heer A. Hoekstra. Ruurlo 17 juni 2002

100 Brief van de heer A. Hoekstra aan de heer A. Hollander. Groningen 10 juli 2002, kenmerk 2562/AH/jvl. Brief van de heer A. Hoekstra aan de heer B. Wagenveld. Groningen 10 juli 2002, kenmerk 2002-02895/AH/jvl

101 Brief van de heer A. Hoekstra en de heer E.A. Stomph. Groningen 14 augustus 2002, kenmerk 03349/AH/jvl

102 E-mail van de heer J. Moleveld aan onder anderen de heer A. Hoekstra 23 augustus 2002 om 16.01 uur.

103 Brief van Joy Neumann (Smiths Medical) aan de heer J. Moleveld 5 september 2002

104 E-mail van de heer A. Hoekstra aan de heer J. Moleveld 17 januari 2003 om 13.45 uur

Op 2 september 2002 had de heer Hollander een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het Medisch Spectrum Twente. De klacht viel uiteen in zes delen, waarvan het vijfde deel in dit verband vermeldenswaard is. Het betrof het door de heer Hollander naar voren gebrachte feit dat nooit antwoord is gegeven op de vraag waaraan mevrouw Hollander leed. De klachtencommissie stelde vast dat op grond van de in het Academisch Medisch Centrum uitgevoerde obductie geen sprake was van neurologische afwijkingen. De klachtencommissie oordeelde op 28 mei 2003 de klacht ongegrond. Slechts op één onderdeel – dat men in het Medisch Spectrum Twente niet op de röntgenfoto's had gezien dat de catheter van de port-à-cath had losgelaten – verklaarde de commissie de klacht gegrond.¹⁰⁵

Op 5 augustus 2003 vond een tweede gesprek van de inspectie met de heer Hollander plaats. Hierbij was ook de moeder van mevrouw Hollander aanwezig. Tijdens dit gesprek bleek dat de heer Hollander nog geen reactie had vernomen van de raad van bestuur op de uitspraak van de klachtencommissie. Mevrouw Schoenmaker-Miedema trok uit dit gesprek de conclusie dat zij de uitspraak van de klachtencommissie en de reactie van de heer Hollander op deze uitspraak aan de heer Zijlstra, lid van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente, zou voorleggen, met hem in september zou bespreken en een plan van aanpak van de raad van bestuur zou vragen.

“De medische kant”, met inbegrip van de uitspraak van 28 mei 2003 van de klachtencommissie over de klacht van de heer Hollander, kwam op 23 september 2003 in het reguliere overleg tussen de raad van bestuur en de inspectie aan de orde:

“De IGZ is geen hoger beroepsinstantie voor de klachtencommissie, maar kijkt naar mogelijke structurele misstanden in de zorg. De gang van zaken bij de indicatie [cursivering: R.J.H.] en de uitvoering van het plaatsen van een port-à-cath is door de klachtencommissie niet meegenomen in zijn beoordeling en juist hier lijkt er veel misgegaan te zijn [cursivering: R.J.H.]. Het gaat hier om eindverantwoordelijkheid, hoofdbehandelaarschap en overdracht van zorg. Met de heer Zijlstra afgesproken dat hij het dossier zal lezen en met een reactie zal komen.”¹⁰⁶

De conclusies van mevrouw Schoenmaker-Miedema wezen dus in de richting van verder onderzoek waarbij wat er was misgegaan bij de indicatie door dr. Jansen nadrukkelijk in beeld was. Maar al kort na het regulier overleg kwam dat beeld te vervallen. Op 6 oktober 2003 reageerde de heer Zijlstra, lid van de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente, op de uitspraak van de klachtencommissie in een brief aan de heer Hollander. Hij had een afschrift hiervan aan de inspectie gezonden. De reactie van de raad van bestuur was dat de conclusies van de klachtencommissie door de raad van bestuur werden onderschreven. De reactie van de raad van bestuur was voor mevrouw Schoenmaker-Miedema aanleiding om de heer Hollander het volgende te laten weten in een brief op 17 oktober 2003:

“U bent bekend met het feit dat de inspectie voor de gezondheidszorg geen beroepsinstantie is voor de klachtenprocedure en ik zal genoeg moeten nemen met de uitspraak zoals die daar ligt. Wel zal ik de inhoud van uw klacht, waar die gaat over de afstemming en overdracht van de patiëntenzorg en de verantwoordelijkheden van de afzonderlijke behandelaars, blijvend aan de orde stellen om te komen tot structurele verbeteringen. Het onderzoek naar de port-à-cath ligt bij mijn collega voor de medische technologie en ik zal bij hem informeren naar de voortgang daarvan. U zult hierover nog bericht ontvangen. Ik begrijp dat een en ander teleurstellend voor u is en wens u veel sterkte toe in de komende tijd.”¹⁰⁷

Mevrouw Schoenmaker-Miedema zond een afschrift van deze brief aan de heer Zijlstra, lid van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente.

Op 20 november 2003 sloot de inspectie “het incident richting Den Hollander af”.¹⁰⁸ De firma Deltec had het door de heer Hollander beschikbaar gestelde deel van het infuussysteem onderzocht en verkleuringen geconstateerd, waarvoor geen verklaringen konden worden gevonden. Ook was sprake van twee insnedes in het apparaat. Deltec waarschuwde voor het niet volgens de voorschriften gebruiken van scherpe voorwerpen omdat iets dergelijks tot beschadigingen zou kunnen leiden.¹⁰⁹ Op 18 november 2003 retourneerde de inspectie het voor onderzoek beschikbaar gestelde deel van

¹⁰⁵ Brief van de voorzitter van de klachtencommissie aan de heer A. Hollander van 28 mei 2003, kenmerk KC/lz/277

¹⁰⁶ Verslag van het regulier overleg van 23 september 2003. De inspectie werd op 24 juni 2003 door de heer drs. T.R. Zijlstra schriftelijk ingelicht over de uitspraak van de klachtencommissie (brief van drs. T.R. Zijlstra aan mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema, arts van 24 juni 2003, kenmerk RvB/th/0444-03)

¹⁰⁷ Brief van mevrouw Schoenmaker-Miedema aan de heer A. Hollander. Arnhem 17 oktober 2003, kenmerk AS/WM0305588 FU M02022

¹⁰⁸ Memo van A. Hoekstra van 20 november 2003

¹⁰⁹ Fax van Marjorie Johnson (Deltec) aan de heer J. Moleveld, 10 september 2003.

de port-à-cath aan de heer Hollander: "al met al heeft het onderzoek niet veel helderheid gegeven en ik begrijp dat dit voor u teleurstellend [is]. Van de kant van het ziekenhuis heb ik nog geen antwoord op mijn laatste brief [van 17 oktober 2003 in afschrift aan de heer Zijlstra: RJH] en ik zal herinnering sturen."

Nog voordat de inspectie een herinneringsbrief verzond, antwoordde de heer Zijlstra namens de raad van bestuur op 18 december 2003. Volgens hem waren "de toonzetting van zijn brieven, de dreigementen en wat dies meer zij" van de heer Hollander voor de heer Zijlstra aanleiding te concluderen "dat het niet veel zin heeft om van onze kant nog enige actie in de richting van de heer Hollander te ondernemen. De betrokken specialisten en medewerkers van ons ziekenhuis hebben in de gesprekken waaraan ik eerder refereerde uitvoerig hun verantwoordelijkheid voor de gang van zaken benadrukt en conclusies daaraan voor het eigen functioneren verbonden. Ik zou niet weten wat we nog meer in de richting van de heer Hollander zouden kunnen doen."¹¹⁰

Op het moment dat de raad van bestuur deze brief aan de inspectie schreef, boog de raad van bestuur zich ook over de positie van dr. Jansen. Deze was op 10 december 2003 voor de keuze gesteld om zich ziek te melden of een ontzegging van de toegang tot het ziekenhuis te krijgen. Hij had voor het eerste gekozen.

Op 21 juni 2004 vroeg de heer Hollander aan mevrouw Schoenmaker-Miedema of de inspectie nog een reactie op de brief van 17 oktober 2003 aan het Medisch Spectrum Twente en de later naar aanleiding van deze brief verzonden herinnering had gekregen. Inmiddels had mevrouw Schoenmaker-Miedema gebruik gemaakt van een regeling voor vervroegde uittreding en de inspectie op 13 mei 2004 verlaten. Op 27 juli 2004 reageerde de inspectie. Op 10 augustus 2004 volgde een brief van de heer Hollander aan de inspectie, die op 7 oktober 2004 werd beantwoord. De briefwisseling was een herhaling van zetten.¹¹¹

Dat gold ook voor het verdere vervolg. Op 19 oktober 2004 wendde de heer Hollander zich tot professor dr. J.H. Kingma, inspecteur-generaal. Deze brief werd op 11 januari 2005 beantwoord door de heer P.A.W. Edgar, hoofdinspecteur. Op 20 januari 2005 volgde een tweede brief van de heer Hollander aan de heer Kingma, die op 21 februari werd beantwoord. Op 16 maart 2005 schreef de heer Hollander weer een brief aan de inspecteur-generaal, die niet werd beantwoord. Op 6 juni 2005 schreef het lid van de Tweede Kamer, mr. H.P.A. Nawijn, een brief aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport waarin hij vroeg om de inspectie "in te schakelen".¹¹²

Op 29 juni 2005 liet de inspecteur W.A.H. Nugteren, die begin 2004 grote delen van de functie van mevrouw Schoenmaker-Miedema had overgenomen, aan de hoofdinspecteur gezondheidszorg weten dat zij en hij nimmer over deze casus hadden gesproken. Desalniettemin was sprake van "nadrukkelijk toezicht" op de lessen die alle betrokkenen waaronder de desbetreffende medisch specialisten uit deze casus hadden getrokken. Als reactie op een vraag van de hoofdinspecteur informeerde de heer Nugteren de hoofdinspecteur over de redenen waarom een van deze specialisten, dr. Jansen, op non-actief was gesteld en over de afspraken die de inspectie met hem had gemaakt over de hervatting van zijn werkzaamheden elders.¹¹³

110 Brief van de heer drs. T.R. Zijlstra aan mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema van 18 december 2003, kenmerk RvB/th/0939-03

111 In het verslag van het werkoverleg van het cluster curatieve en somatische gezondheidszorg van de regio noordoost van 6 september 2004 staat dat de inspectie niet meer op de brief van 10 augustus 2004 zou reageren "om verdere escalatie te voorkomen."

112 Brief van mr. H.P.A. Nawijn aan minister Hoogervorst. Den Haag 6 juni 2005

113 E-mails van de heer Nugteren aan de heer Edgar van 28 juni 2005 om 17.51 uur en van 29 juni 2005 om 9.54 uur

4.3. De inspectie, collega's en de neuroloog

4.3.2. Signalen over spanningen in de vakgroep neurologie (jaren negentig)

In december 1993 vond een medisch incident plaats, waarbij een collega van dr. Jansen was betrokken.¹¹⁴ Het incident leidde tot een groot conflict in de vakgroep neurologie, omdat de betrokken neuroloog het incident niet wilde melden bij de inspectie en een van zijn collega's dat wel had gedaan. Op 22 juli 1994 schreef de regionaal inspecteur van het regionale kantoor van de toenmalige Geneeskundige Inspectie voor de volksgezondheid in Zwolle een brief over dit incident en over de afhandeling daarvan. In deze brief riep hij de vakgroepgenoten op om onder de noemer 'noblesse oblige' tolerant om te gaan met 'andersdenkenden' en deze tijd te geven zich in redelijke mate aan te passen.¹¹⁵

Binnen de vakgroep leefden in die tijd bij een van de collega's van dr. Jansen twijfels over diens functioneren. Deze twijfels waren zo sterk dat deze collega uiteindelijk besloot contact op te nemen met inspectie in Noord-Holland. Deze keuze voor het regiokantoor in Haarlem was ingegeven door een in die tijd veel aandacht trekkend onderzoek van de inspectie naar disfunctionerende medisch specialisten. Dit onderzoek werd uitgevoerd door twee inspecteurs, de heren P. Lens en G. van der Wal, van de inspectie Noord-Holland in 21 Noord-Hollandse ziekenhuizen.¹¹⁶

De collega van dr. Jansen noemde in het telefoongesprek met de inspectie niet zijn eigen naam, noemde de naam van de naar zijn mening disfunctionerende collega niet en zweeg ook over de naam van het ziekenhuis. Wel meldde hij dat zijn collega de afgelopen een à twee jaar disfunctioneerde. Van de inspectie kreeg hij de vraag of er sprake was van dodelijke afloop onder de bij de mogelijk disfunctionerende arts onder behandeling zijnde patiënten en of klachten waren ingediend. Omdat uit het antwoord van de anonieme beller bleek dat dat niet het geval was, werd het gesprek beëindigd.¹¹⁷

Het optreden van de regionaal inspecteur in 1994 (in de vakgroep opgevat als: "zoek het zelf maar uit") en het naar de mening van de anonieme collega lakse optreden van de inspectie naar aanleiding van zijn telefonische melding leidden bij deze collega en bij anderen in de vakgroep tot het gevoel dat van de inspectie niet veel was te verwachten. Een gevoel dat ook vele jaren later onuitwisbaar bleek en sterk leefde binnen de vakgroep.

Bij de inspectie is de telefonische melding in 1994 niet geregistreerd. Het ging immers om een anonieme persoon, die over iemand anoniem meldde. Een dergelijke melding wordt niet geregistreerd.

Een tweede signaal uit de vakgroep neurologie in de richting van de inspectie betrof de affaire met de honderd lumbaalpuncties, die uitgebreid is beschreven in het rapport van de commissie-Lemstra.¹¹⁸ Het ging om een onderzoek naar patiënten met Parkinson. De leden van de vakgroep zetten toentertijd vraagtekens bij dit onderzoek omdat het mogelijk niet zou voldoen aan de regels voor 'Good Clinical Practice'. Deze affaire zette de werkverhoudingen binnen de neurologische praktijk verder onder spanning. Op 26 augustus 1997 schreef dr. Jansen een brief aan de raad van bestuur waarin hij zich beklaagde over de geruchtenstroom die zowel binnen als buiten het ziekenhuis op gang was gekomen. Volgens hem waren zijn naam en faam in diskrediet gebracht. De raad van bestuur reageerde hierop met een drie dagen later verzonden brief: "al onze inspanningen zullen gericht zijn op het herstellen van verstoringen in de verhoudingen binnen uw vakgroep. Daarin past dat alle betrokkenen een absolute vertrouwelijkheid bewaren tegenover derden." Wel werd de regionaal inspecteur van de regionale inspectie van de toenmalige Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid op de hoogte gebracht.¹¹⁹ Deze gang van zaken was fruikend voor het vertrouwen van de overige leden van de vakgroep in de inspectie.¹²⁰

114 Deze alinea is ontleend aan het rapport van de externe onderzoekscommissie MST (Lemstra-I), 'En waar was de patiënt..?' Enschede 1 september 2009, blz. 18

115 De inspectie beheert archiefbescheiden overeenkomstig het door de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap op 16 februari 2009 vastgestelde Basis Selectie Document. Hierin zijn de bewaar- en vernietigingstermijnen opgenomen. Documenten die op dit voorval betrekking hebben komen om die reden niet meer in het archief van de inspectie voor.

116 P. Lens en G. van der Wal, 'Een onderzoek naar dysfunctioneren van specialisten'. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 1994; 138: blz. 1127-1131. P. Lens en G. van der Wal, 'Problem Doctors. A Conspiracy of Silence.' 1997

117 Deze informatie is vertrouwelijk gemeld bij de commissie.

118 Rapport van de externe onderzoekscommissie MST (Lemstra-I), 'En waar was de patiënt..?' Enschede 1 september 2009, blz. 28 en verder. Deze alinea is ontleend aan dit deel van het rapport van de commissie-Lemstra.

119 Ibidem

120 Deze informatie is vertrouwelijk gemeld bij de commissie.

4.3.2. **Melding apotheker over grootverbruik van Dormicum® 15mg door neuroloog (18 november 2003)**

Op 18 november 2003 nam de Centrum Apotheek in Enschede contact op met de inspectie. Die maand was “een neuroloog” al voor de vierde keer bij de apotheek op recept midazolam Dormicum® 15 mg komen ophalen voor eigen gebruik.¹²¹ En ook eerder was sprake van grootschalig gebruik: in de woorden van de apotheker “overconsumptie”. De apotheker had in oktober 2003 de voorzitter van de medische staf van het ziekenhuis al ingelicht over dit excessieve gebruik en vroeg nu aan de inspectie “wat zijn mogelijkheden zijn?”. De inspectie had volgens het door de inspectie gemaakte verslag van dit telefoongesprek aangegeven dat de apotheker zijn eigen verantwoordelijkheid had: hij hoefde de medicatie niet af te geven. “In het uiterste geval” zou de inspectie de arts benaderen. De inspectie vroeg de apotheker een medicatielijst om inzicht te krijgen in de ernst van de problematiek. De apotheker liet vervolgens weten dat hij nog met de neuroloog zou overleggen en het “nog twee weken zou aanzien.”

De inspectie vraagt normaliter de naam van de betreffende arts en informeert de apotheker over de mogelijk nadelige gevolgen voor de relatie tussen arts en apotheker als de inspectie zou ingrijpen. De apotheker gaf blijkens de telefoonnotitie de naam niet.¹²² De inspectie deed geen andere naspeuringen, zoals het leggen van verbanden met andere meldingen en klachten over medicijnmisbruik, omdat ervan werd uitgegaan dat dit de eerste melding over grootschalig gebruik van Dormicum® was.¹²³ Bovendien was het leggen van verbanden met andere bij de inspectie beschikbare informatie lastig omdat er toen nog geen elektronisch registratiesysteem was. Het is de vraag of de inspectie na verloop van tijd bij de apotheek navraag heeft gedaan of het verslavingspatroon van de neuroloog werd voortgezet. De heer Mijnheer van de inspectie kan zich echter niet herinneren of nog een tweede telefoongesprek is gevoerd met de apotheker. Mogelijk heeft de coördinator die deze apotheek in zijn ‘account’ had dat gedaan. In ieder geval heeft de heer Mijnheer zijn coördinator op de hoogte gebracht van deze melding, maar zolang het bij één melding blijft, leidt volgens hem zo’n eerste melding niet tot vervolgacties. Hij kan zich niet herinneren of hij met een van de inspecteurs in de regio contact heeft opgenomen. De achterzijde van het meldingsformulier zou hierover uitsluitsel kunnen verschaffen, maar deze achterzijde ontbreekt op het in het archief van de inspectie aanwezige exemplaar van de melding.¹²⁴

In december 2003 sprak de apotheker telefonisch met een van de collega’s van dr. Jansen over “mogelijk gestolen receptpapier” van deze collega en een andere collega van dr. Jansen. Het betrof twee recepten voor elk veertig stuks Dormicum® 15 mg op 5 december 2003 en op 8 december 2003. Het eerste recept stond op naam van dr. Jansen, het tweede recept stond op naam van een andere persoon.

De melding van de apotheker van de Centrum Apotheek kreeg in 2004 nog een vervolg. Op 14 juni 2004 vond werkoverleg van het cluster curatieve somatische zorg van de regio noordoost van de inspectie plaats. Van dit overleg is een verslag opgesteld waarin sprake is van twee eerdere strafbare feiten van dr. Jansen. In beide gevallen ging het om valsheid in geschrifte bij het voorschrijven van recepten. Met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid betreft het de twee hierboven beschreven gebeurtenissen (melding van de apotheker op 18 november 2003 en het gebruik van gestolen receptpapier, dat inmiddels ook door de apotheker was opgemerkt). In dit overleg, waaraan onder anderen senior inspecteur Nugteren deelnam, kwam nog een derde, soortgelijk – en vermoedelijk strafbaar – feit aan de orde: de inspectie zou gaan onderzoeken of op 24 mei 2004, de dag waarop de inspectie een gesprek met dr. Jansen had gevoerd, dr. Jansen “bij een apotheker een recept heeft aangeleverd op naam van een patiënt ten behoeve van zichzelf.”¹²⁵

Op 14 juli 2004 bracht adjunct-inspecteur D. Kroese een bezoek aan apotheek Wooldrik in Enschede. In het receptenbestand van deze apotheek werden vier recepten gevonden: twee met de opdruk van de polikliniek neurologie van het Medisch Spectrum Twente en twee met de opdruk van dr. Jansen.

121 Het ging om drie recepten voor veertig stuks en een recept voor twintig stuks. In de periode tussen augustus en oktober 2003 had dr. Jansen bij deze apotheek met vijf recepten tweehonderd tabletten opgehaald. Dormicum® bevat de werkzame stof midazolam. Midazolam behoort tot een groep geneesmiddelen bekend onder de naam benzodiazepinen. Het is een middel dat dient om slaapklasten te behandelen. De oorzaak van de slaapklasten wordt echter niet door Dormicum® verholpen.

122 Telefoongesprek van drs. F.W. Mijnheer met dr. H.P.M. Kreemers op 10 februari 2010 om 16.10 uur

123 Telefoonnotitie van Wilfred Mijnheer, e-mail van drs. F.W. Mijnheer aan mevrouw H. Chetouani van 18 november 2003 om 16.21 uur. Telefoongesprek van drs. F.W. Mijnheer met dr. H.P.M. Kreemers op 10 februari 2010 om 16.10 uur. De telefoonnotitie zou bestaan uit twee bladzijden. De tweede bladzij ontbreekt en is in het archief van de inspectie niet teruggevonden.

124 Brief van mevrouw A.M. van Gunsteren aan mr. R.J. Hoekstra. Utrecht 18 februari 2010, kenmerk IZG-U-2010-222370: “De heer Kreemers vroeg ons per mail dd 01-02-2010 om de tweede pagina van een telefoonnotitie dd 18-11-2003 op te zoeken (dit document is dd 29-01-2010 aan u verzonden en staat op de bijlage bij het Wob-besluit aangeduid als nummer 32). Deze pagina zit niet in het dossier.”

125 Verslag van het werkoverleg cluster CSG/PPR Regio Noordoost Locatie Arnhem, maandag 14 juni 2004 aanvang 09.00 uur (aanwezig: Ron Boumans, Willem Nugteren, Jan Vesseur, Hetty Nienhuis), blz. 2

Alle recepten hadden betrekking op de verstrekking van Temazepam® 20mg, een middel dat op lijst II van de Opiumwet staat. Alle recepten waren uitgeschreven op naam van een patiënt die eerder van zijn huisarts een ander slaapmiddel had voorgeschreven gekregen.

De apotheek had over de nieuwe recepten navraag gedaan bij de huisarts van de patiënt, maar zij was van het gebruik van het nieuwe middel niet op de hoogte en had haar patiënt ook niet doorverwezen naar een neuroloog van het Medisch Spectrum Twente. De inspectie had vervolgens contact opgenomen met de patiënt die liet weten dat hem geen Temazepam® was voorgeschreven. Hij kende wel dr. Jansen persoonlijk, maar was niet bij hem of een van zijn collega's in behandeling. Kennelijk had iemand anders zich voor de patiënt uitgegeven.

De recepten waren voorgeschreven op 29 februari 2004, op 4 april 2004, op 28 april 2004 en op 24 mei 2004. Deze laatste datum is opmerkelijk zoals zal blijken in paragraaf 4.8. Die dag, om 15 uur, voerde de inspectie met dr. Jansen een gesprek over de voorwaarden waaronder hij te zijner tijd weer zijn werkzaamheden als neuroloog zou kunnen hervatten.

Adjunct-inspecteur D. Kroese sloot zijn rapport af met:

“Uit voorvermelde blijkt, dat in deze casus mogelijk gebruik is gemaakt van valse of vervalste recepten ter verkrijging van opiumwetmiddelen als vermeld op lijst II behorende bij de Opiumwet, hetgeen verboden is volgens artikel 4, derde lid van de Opiumwet, alsmede strafbaar gesteld in artikel 10, eerste lid, onder a, dan wel (indien bij opzet) artikel 10, tweede lid van de Opiumwet.”¹²⁶

Het rapport heeft de heer Kroese naar zijn zeggen ter hand gesteld van de senior inspecteur W.A.H. Nugteren.¹²⁷ Dat blijkt ook uit binnen de inspectie verzonden e-mailberichten.¹²⁸ Volgens de inhoud van een van deze e-mailberichten aan mevrouw Hansen [hoofdinspecteur] was sprake van nog een tweede rapport “voor het te veel voorschrijven door JS [dr. Jansen] van Dormicum® en ook dit is aan Willem Nugteren beschikbaar gesteld en zou dus ook in het reguliere dossier moeten zitten.” De commissie beschikt niet over dit tweede rapport en heeft dit ook niet in het dossier aangetroffen.

4.3.3. Twee (anonieme) telefonische berichten van collega (over neuroloog) december 2003-begin 2004

Het contact van de apotheker met de voorzitter van de medische staf van het Medisch Spectrum in oktober 2003 kreeg op 10 december 2003 een vervolg in een gesprek van een van de clustermanagers van het Medisch Spectrum Twente met dr. Jansen. Het was de derde keer dat de apotheker het ziekenhuis had geattendeerd op mogelijke malversaties met voorgeschreven recepten door dr. Jansen.¹²⁹ Het was ook niet de eerste keer dat de clustermanager dr. Jansen op het gebruik van medicijnen voor eigen gebruik aansprak. Op 6 mei 2003 had zij met dr. Jansen gesproken over het wegnemen van medicijnen uit de medicijnkast. De clustermanager had toen aangegeven dit als een zeer ernstig vergrijp te beschouwen en had gewaarschuwd dat bij herhaling vergaande maatregelen zouden worden getroffen.¹³⁰

Het gesprek op 10 december 2003 had betrekking op het op eigen naam voorschrijven van grote hoeveelheden medicijnen voor eigen gebruik en op het op receptpapier van anderen voorschrijven van grote hoeveelheden medicijnen voor eigen gebruik op naam van anderen. Zij stelde dr. Jansen voor de keus: of meteen vertrekken en ziekmelden of het ziekenhuis zou dr. Jansen de toegang ontzeggen. Dr. Jansen koos voor het eerste. Intussen broedde de raad van bestuur op een oplossing voor dit netelige probleem.

Omdat verre van zeker was dat de raad van bestuur tot een definitieve verwijdering van dr. Jansen zou besluiten, besloot een van de collega's wederom met de inspectie te bellen. Opnieuw de inspectie in Haarlem. De collega meldde dat een van zijn collega's verslaafd was en weer aan de slag dreigde te gaan binnen het ziekenhuis. De inspectie reageerde hierop volgens de collega met de mededeling dat bij verslaving de raad van bestuur meldingsplichtig is. Omdat de collega wist dat de raad van bestuur de verslaving van dr. Jansen niet bij de inspectie had gemeld heeft deze collega nog twee keer intern aangedrongen op een melding door de raad van bestuur bij de inspectie.¹³¹

¹²⁶ Rapport van adjunct-inspecteur D. Kroese. Arnhem 15 juli 2004

¹²⁷ E-mail van P.A. Bootsma aan mevrouw drs. J.M.M. Hansen van 30 januari 2009 om 13.35 uur: “Hierover heeft Dries [Kroese: RHJ] een rapport gemaakt en aan Willem Nugteren ter beschikking gesteld. Dit zou in het reguliere dossier moeten zitten.”

¹²⁸ E-mail van W.A.H. Nugteren aan P.A. Bootsma en mevrouw drs. J.M.M. Hansen van 30 januari 2009 om 13.13 uur. De heer Nugteren die een afschrift van de e-mail ontving reageerde hierop met: “Klopt.”

¹²⁹ Brief van de clustermanager aan dr. E.N.H. Jansen van 11 december 2003, kenmerk SdvdW/AP

¹³⁰ Deze alinea is ontleend aan: Rapport van de externe onderzoekscommissie MST (Lemstra-1), ‘En waar was de patiënt..?’ Enschede 1 september 2009, blz. 26 en 27

¹³¹ Deze informatie is vertrouwelijk gemeld bij de commissie.

In het overleg tussen de raad van bestuur en het medisch stafbestuur op 17 december 2003 gaf de raad van bestuur aan te betreuren dat een van de collega's de verslaving van dr. Jansen bij de inspectie had gemeld. De collega, die zich 'De Boer' noemde in zijn telefoongesprek met de inspectie, had echter de naam van de verslaafde neuroloog niet genoemd en de naam van het ziekenhuis verzwegen. Bij de inspectie werd niet doorgevraagd en de anonieme beller kreeg niet de mogelijkheid aangeboden om zijn naam te noemen op voorwaarde dat de inspectie zijn naam niet zou melden bij het ziekenhuis. De inspectie heeft de anonieme melding niet geregistreerd.

In maart 2004 heeft deze anonieme collega voor de derde keer de inspectie in Haarlem gebeld. Ook nu weer stelde deze collega zich voor als 'De Boer'. De collega vroeg zich af wat – ervan uitgaande dat de verslaving van dr. Jansen niet bij de inspectie was gemeld – zijn verantwoordelijkheid kon zijn. Tijdens het gesprek werd het de collega duidelijk dat de inspectie geen verantwoordelijkheid op zich nam en trok de collega de conclusie dat het tot de eigen verantwoordelijkheid hoorde om in de gaten te houden of dr. Jansen elders emplooi zou gaan vinden.¹³² Hierbij moet uiteraard worden aangetekend dat het beleid van de inspectie om in te gaan op anonieme meldingen uiterst terughoudend is.¹³³ Ook deze melding is niet geregistreerd bij de inspectie.

4.4. De inspectie, de raad van bestuur, de raad van toezicht en de neuroloog

4.4.1. De inspectie, de raad van bestuur en de neuroloog

Het eerste contact tussen de inspectie en de raad van bestuur heeft betrekking op de klacht die mevrouw G.M. Damink-Huisman bij de klachtencommissie van het Medisch Spectrum Twente op 25 oktober 2000 had ingediend. De klachtencommissie deed op 30 januari 2001 uitspraak over deze klacht. Op 23 maart 2001 voerden de raad van bestuur en de inspectie een zogeheten regulier overleg. Hierbij waren aanwezig de heer dr. H.G. Bijker en de heer drs. T.R. Zijlstra van de raad van bestuur en mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema van de inspectie. De heer Bijker had op dat moment de hoofdverantwoordelijkheid voor de afhandeling van de uitspraak over de door mevrouw Damink-Huisman ingediende klacht: hij beloofde tijdens het overleg na te gaan of hij mevrouw Damink-Huisman al een brief had geschreven met de reactie van de raad van bestuur over deze uitspraak. De heer Zijlstra (zie onderstaande tabel) was ten tijde van dit overleg net zeven weken als lid van de raad van bestuur verbonden aan het Medisch Spectrum Twente.¹³⁴

Tabel 4.4. Samenstelling van de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente en zijn rechtsvoorgangers in de periode 2000-2009

Naam	Functie	Van	tot
dr. H.G. Bijker	Voorzitter	1 januari 1997	1 januari 2004
F. Linnebank	Lid	1 juni 1997	1 juli 2000
drs. T.R. Zijlstra	Lid	1 februari 2001	30 juni 2004
drs. R. Ramaker	Voorzitter	1 oktober 2003	1 juni 2005
drs. E.J. Overkamp	Lid/voorzitter	1 mei 2005	1 maart 2006
B.D. Keim	Lid	13 juni 2005	1 oktober 2006
dr. J.H. Kingma	Voorzitter	1 februari 2006	
drs. L.M. Vos	Lid	1 juni 2006	1 oktober 2008
mevrouw J.G.W. Lensink MScN	Lid	1 januari 2007	
drs. A.H. Hilbers	Lid	1 januari 2009	

Bron: Medisch Spectrum Twente

¹³² Idem

¹³³ Brief van minister Klink aan de Tweede Kamer van 10 november 2009 (kenmerk MC-U-2968727). Gesprek van de commissie met mevrouw mr. B.A. Prins, hoofd juridische zaken en handhaving van de inspectie voor de gezondheidszorg, Den Haag 9 maart 2010

¹³⁴ Verslag regulier overleg MST te Enschede 23 maart 2001

Op 4 april 2001 ontving mevrouw Damink-Huisman de reactie van de raad van bestuur op de uitspraak van de klachtencommissie. De inspectie ontving een afschrift van deze door de heer drs. T.R. Zijlstra ondertekende brief. De heer Zijlstra had ook over dezelfde kwestie en op dezelfde dag dr. Jansen een brief gezonden. De eerste verantwoordelijkheid voor de afhandeling van de uitspraak van de klachtencommissie was in handen gekomen van de heer Zijlstra.

Op 30 oktober 2001 vond een gesprek plaats tussen de heer en mevrouw Damink-Huisman en de inspectie. In het van dit gesprek gemaakte verslag nam mevrouw Schoenmaker-Miedema op dat ze de kwestie zou blijven volgen: "[het] gaat mij om wat de heer Jansen met de conclusies en aanbevelingen van de klachtencommissie doet en hoe dat binnen het ziekenhuis wordt bewaakt."¹³⁵

De volgende dag bood de secretaris van de raad van bestuur mevrouw Damink-Huisman een regeling aan waarmee de hele kwestie naar wederzijdse tevredenheid zou kunnen worden afgesloten. Op 5 november 2001 sloot de inspectie deze tweede melding van mevrouw Damink-Huisman, nadat mevrouw Damink-Huisman had aangegeven met de procedures te willen stoppen.¹³⁶ De inspectie is van deze regeling niet op de hoogte gesteld. De inspectie heeft – anders dan haar bedoeling was – ook nimmer navraag gedaan naar de voortgang van de aanbevelingen uit de uitspraak van de klachtencommissie.

Tijdens het volgende regulier overleg op 5 februari 2002 kwamen de afhandeling van de uitspraak van de klachtencommissie en de door mevrouw Damink-Huisman inmiddels ingediende tweede klacht tegen dr. Jansen niet aan de orde. Dat gold ook voor het regulier overleg op 5 november 2002. Bij deze overleggen waren naast mevrouw Schoenmaker-Miedema ook de heren Bijker en Zijlstra aanwezig. Wel werd op 22 april 2003 tijdens het regulier overleg gesproken over de klacht van de heer Hollander. Er was op dat moment nog geen uitspraak van de klachtencommissie: het overleg hierover betrof de stand van zaken bij de behandeling van de klacht.

Op 6 mei 2003 was het wegnemen van medicijnen uit de medicijnkast op een van de afdelingen van het Medisch Spectrum Twente aan het licht gekomen. De clustermanager had toen aangegeven dit als een zeer ernstig vergrijp te beschouwen en had gewaarschuwd dat bij herhaling vergaande maatregelen zouden worden getroffen.¹³⁷ Het wegnemen van deze medicijnen was een sterke aanwijzing voor de mogelijke verslaving van dr. Jansen. Dit voorval is toen niet gemeld bij de inspectie en is met een waarschuwende brief aan dr. Jansen afgedaan, omdat het ziekenhuis van mening was dat verdergaande stappen op juridische problemen zouden stuiten:

*"In mei 2003 was de diefstal van medicijnen uit de verpleegafdeling. [De heer Zijlstra] dacht toen dat er een kans was om van Jansen af te komen. Ingewonnen juridisch advies gaf helaas aan dat het wegnemen van medicijnen onvoldoende reden/bewijs vormde voor een succesvolle ontslagprocedure. De juridisch deskundige twijfelde. De clustermanager heeft toen – in het kader van de afgesproken dossieropbouw – dr. Jansen vanwege het wegnemen van medicijnen schriftelijk gewaarschuwd."*¹³⁸

Op 18 november 2003 nam – zoals al in 4.3.2. beschreven – een van de apotheken in Enschede contact op met de inspectie. Die maand was "een neuroloog" al voor de vierde keer bij de apotheek op recept veertig stuks Dormicum® 15 mg komen ophalen voor eigen gebruik. En ook eerder was sprake van grootschalig gebruik: in de woorden van de apotheker "overconsumptie". De apotheker had in oktober 2003 de voorzitter van de medische staf van het ziekenhuis al ingelicht over dit excessieve gebruik. Volgens de heer drs. T.R. Zijlstra, op dat moment lid van de raad van bestuur, kregen hij en de clustermanager op 21 november 2003 kopieën van door dr. Jansen vervalste recepten:¹³⁹

*"De heer Zijlstra kan in zijn agenda terugvinden dat de neurologen Hageman en Wilts hem en de clustermanager op de ochtend van 21 november 2003 hebben ingelicht over de vervalsing van recepten door dr. Jansen. Als het zo was dat de voorzitter van de medische staf het al eerder wist en toen niet direct de raad van bestuur op de hoogte heeft gesteld, dan betreurt de heer Zijlstra dat achteraf zeer. Zijlstra en de clustermanager hebben terstond dr. Jansen gesproken op de kamer van de heer Zijlstra. Hij ontkende niet. Zij hebben hem meteen naar huis gezonden en hem de toegang tot het ziekenhuis onzegd. Op 10 december is dat formeel schriftelijk bevestigd."*¹⁴⁰

¹³⁵ Verslag gesprek van de heer en mevrouw Damink met mevrouw Schoenmaker-Miedema van 30 oktober 2001

¹³⁶ Rapport van de externe onderzoekscommissie MST (Lemstra-1), 'En waar was de patiënt..?' Enschede 1 september 2009, blz. 34

¹³⁷ Deze alinea is ontleend aan: Rapport van de externe onderzoekscommissie MST (Lemstra-1), 'En waar was de patiënt..?' Enschede 1 september 2009, blz. 26 en 27

¹³⁸ Gesprek van de commissie met drs. T.R. Zijlstra, Andel 2 maart 2010

¹³⁹ Weblog Tom Zijlstra 2 september 2009, www.sailing-dulce.nl/home/12

¹⁴⁰ Verslag van gesprek van de commissie met drs. T.R. Zijlstra, Andel 2 maart 2010

Volgens Zijlstra informeerde hij de senior inspecteur telefonisch. Dat zou nog in december 2003 zijn geweest, maar van dit gesprek is geen telefoonnotitie in het archief van de inspectie aanwezig. In de telefoonnotitie van het gesprek van senior inspecteur W.A.H. Nugteren met de voorzitter van de raad van bestuur, drs. R. Ramaker, op 10 maart 2004 staat dat de raad van bestuur de inspectie niet (eerder) had geïnformeerd, omdat geen sprake van onverantwoorde zorg zou zijn.¹⁴¹ De heer Zijlstra heeft de commissie het volgende laten weten:

“De heer Zijlstra geeft aan dat er sprake is van een meningsverschil tussen de inspectie en hem over het wel/niet in december 2003 melden van de receptvervalsing door dr. Jansen. De heer Zijlstra twijfelt er niet aan dat hij al in begin december 2003 de inspectie telefonisch geïnformeerd heeft over de vervalsing, het onderzoek en het in de Ziektewet sturen. Mevrouw Schoenmaker heeft gereageerd met woorden in de trant van ‘dat is erg naar, heb je ervoor gezorgd dat de patiënten van Jansen worden overgenomen?’ Dit had de heer Zijlstra inderdaad al gedaan: met de vakgroep neurologie had hij afgesproken dat zij (en dan met name een nieuw aangetreden neurologe dr. Poels) de patiënten zouden overnemen. De heer Zijlstra benadrukt dat hij, als ‘een door de wol geverfde’ bestuurder, de inspectie zeker heeft geïnformeerd.”¹⁴²

De commissie heeft mevrouw Schoenmaker-Miedema om een reactie gevraagd:

“Ik wil het verhaal van de heer Zijlstra niet in twijfel trekken en het is best mogelijk dat hij mij geïnformeerd heeft. Ik kan mij van dit gesprek echter niets herinneren. Overigens kan ik mij niet voorstellen dat ik het alleen maar “naar” vond. Een woord dat ik niet frequent in dit verband gebruik. Als jurist zou ik hem eerder op het strafrechtelijk aspect gewezen hebben en op een eventueel contact met het Openbaar Ministerie. Maar nogmaals: ik kan mij dit gesprek niet herinneren.”¹⁴³

Op 12 december 2003 stelde de heer Zijlstra de nieuwe voorzitter van de raad van bestuur, drs. R. Ramaker, op de hoogte van het ziekteverlof van dr. Jansen, op 15 december informeel de heren Snoep en Veltman uit de raad van commissarissen, die toen over een ander onderwerp bij hem waren. Op 18 december, na het officiële afscheid van de scheidende bestuursvoorzitter Bijker, ging de heer Zijlstra met vakantie tot 5 januari 2004. Tijdens die vakantie informeerden de neurologen van de vakgroep op 21 december de heer Ramaker voor het eerst over een aantal verkeerde diagnoses van dr. Jansen.¹⁴⁴

Op 23 december 2003 troffen collega's dr. Jansen op zijn werkkamer in het ziekenhuis aan. De vakgroep neurologie was op dat moment in bespreking bij elkaar. Nadat in november de verslaving van dr. Jansen bij de vakgroep bekend werd en hij met ziekteverlof ging had de vakgroep de praktijk van dr. Jansen waargenomen. Eind december bleek dat zijn disfunctioneren veel erger was dan vermoed en op dat moment werden de hiermee samenhangende medische fouten pas duidelijk.¹⁴⁵ De bijeenkomst werd geschorst om met de raad van bestuur te spreken. Dat was met drs. R. Ramaker: het tweede lid van de raad van bestuur, drs. T.R. Zijlstra, was met vakantie.¹⁴⁶

In dat gesprek met de raad van bestuur uitten de neurologen hun bezorgdheid. De heer Ramaker liet weten dat dr. Jansen tot medio januari 2004 met ziekteverlof afwezig zou zijn en dat de raad van bestuur zich in de komende weken zou beraden over het verdere traject. Een melding bij de inspectie was nog niet gedaan.¹⁴⁷ De neurologen kregen de boodschap om de praktijk van dr. Jansen te saneren en een lijst bij te houden van patiënten met wie wat mis was gegaan.¹⁴⁸ Twee van deze collega's van dr. Jansen menen zich te herinneren dat hier nadrukkelijk aan werd toegevoegd dat de problemen binnenskamers moesten blijven.¹⁴⁹

141 Telefoonnotitie 0401339 betreft M 04039 van 10 maart 2004 om 15.30 uur

142 Verslag van gesprek van de commissie met drs. T.R. Zijlstra, Andel 2 maart 2010

143 E-mail van mevrouw mrt. A.H. Schoenmaker-Miedema aan dr. H.P.M. Kreemers van 12 maart 2010 om 13.07 uur

144 Gesprek van de commissie met drs. T.R. Zijlstra, Andel 2 maart 2010

145 Deze informatie is vertrouwelijk gemeld bij de commissie

146 Gesprek van de commissie met drs. T.R. Zijlstra, Andel 2 maart 2010

147 Rapport van de externe onderzoeksc commissie MST (Lemstra-1), ‘En waar was de patiënt..?’ Enschede 1 september 2009, blz. 27

148 Deze informatie is vertrouwelijk gemeld bij de commissie

149 Uit een verslag van en telefoongesprek van de inspectie met de secretaris van de raad van bestuur op 14 juli 2005 (om 14.15 uur) blijkt het volgende: “Door raad van bestuur is herhaaldelijk met neurologen gesproken over het zich onthouden van negatieve reacties tegenover vroegere patiënten van dr. Jansen.”

Tijdens de kerstdagen nam dr. Jansen telefonisch contact op met de heer Zijlstra om hem te laten weten dat hij weer beter was en aan het werk wilde. Daar kon geen sprake van zijn, was de reactie van de heer Zijlstra.¹⁵⁰ Op 16 januari 2004 voerde de clustermanager een gesprek met dr. Jansen waarin werd afgesproken dat “we weer met elkaar in gesprek gaan indien wij beschikken over een op waarheid berust schrijven van de professionele hulpverlener, dat een verantwoord functioneren als neuroloog weer mogelijk zou kunnen zijn.”¹⁵¹

In januari en februari 2004 kwam de volle omvang van de foute en onbegrijpelijke diagnoses boven water. Volgens de heer Zijlstra zou hij naar aanleiding van deze rapportages de inspectie in de persoon van senior inspecteur Nugteren herhaaldelijk hebben gevraagd (“aangespoord”) om een formeel onderzoek:

“dat had ik onder andere nodig om JS [dr. Jansen: RJH], die stond te popelen om terug te keren, in de ziektewet te houden. “Nee Ernst, je kan niet terugkomen”, zei ik dan, “allereerst wil ik het inspectierapport hebben.” Helaas, inspecteur 3 [de heer W.A.M. Nugteren: RJH] was niet vooruit te branden en dat ergerde mij mateloos. Hij ging pas aan de slag toen zijn baas, hoofdinspecteur Patrick Edgar, hem vanuit Den Haag aanspoorde, omdat De Telegraaf lucht van de affaire had gekregen.¹⁵² Daarbij ging hij niet meteen onderzoek in het ziekenhuis doen, zoals je mocht verwachten, maar maakte een merkwaardige en tijdrovende omweg naar zorgverzekeraar Menzis die slechts indirect betrokken was. [...] In die tijd heb ik met inspecteur 3 ook de afspraak gemaakt dat we allebei de kwestie aan het Openbaar Ministerie zouden voorleggen. Ik heb dat meteen gedaan en de officier van justitie was weliswaar achterdochtig, “maar als de IGZ het ook vindt...”. Nu lees ik dat inspecteur 3 zelf pas in augustus 2004 contact met de officier van justitie opnam. Een half jaar na onze afspraak.”¹⁵³

De commissie heeft de heer Zijlstra gevraagd naar zijn contacten met het openbaar ministerie. De eerste officier van justitie met wie de heer Zijlstra, naar zijn herinnering, over dr. Jansen heeft gesproken was mevrouw mr. P.H.M. van der Valk-van Ginneken. De commissie heeft navraag bij mevrouw Van der Valk gedaan.¹⁵⁴ Mevrouw Van der Valk heeft een keer telefonisch contact gehad met de heer Zijlstra:

“De telefoniste van het gerechtsgebouw was op zoek naar de medisch officier van justitie. Dat was toen Geo Dam. Dam was toen afwezig. Het zal Zijlstra zijn geweest met wie ik toen werd doorverbonden. Zijlstra wilde overleggen over een geval. Er waren problemen met een arts in het ziekenhuis. Dit telefoongesprek met Zijlstra is lang geleden. Ik heb geen idee in welk jaar dit is geweest.”

Volgens mevrouw Van der Valk-van Ginneken hadden de problemen te maken met “medicijnverslaving”:

“Zijlstra vertelde dat die arts, in verband met die verslaving, een keer een recept vervalst zou hebben. Die arts zou niet meer werkzaam zijn in het ziekenhuis. De vraag was of van die vervalsing aangifte gedaan moest worden. Ik weet niet meer wanneer de naam Jansen Steur gevallen is. Het bleek om Jansen Steur te gaan. Ik kende Jansen Steur persoonlijk. Ik heb toen gezegd dat ik mij daar niet over uit wilde laten en dat ik zou zorgen dat hij door een collega van mij zou worden teruggebeld.”

Die collega nam later contact op met de heer Zijlstra. De naam van deze officier van justitie kan de heer Zijlstra zich niet meer herinneren in het gesprek dat hij met de commissie heeft gevoerd. Op zijn weblog schreef de heer Zijlstra op 26 januari 2009:

“Het is begin 2004 en ik ben in mijn auto onderweg van Oldenzaal naar het MST. Ik rijd over landelijke binnenweggetjes langs het vliegveld. Daar hield ik altijd van. Mijn mobieltje rinkelt, mijn secretaresse in MST verbindt een telefoongesprek door. Het is de officier van justitie in Almelo, die ik gevraagd had terug te bellen. Ik denk me – nu – te herinneren dat hij Dronkers heet. Hij legt me uit dat hij in deze casus optreedt in de plaats van Patricia van der Valk, de officier die de gezondheidszorg in haar pakket heeft. Haar man is longarts in het MST en ze heeft mogelijk

150 Weblog Tom Zijlstra 2 september 2009, www.sailing-dulce.nl/home/12

151 Brief van mevrouw W.Th. van Bommel aan de heer E.H.N. Jansen van 16 januari 2004, kenmerk SvdW/MvB

152 Op 19 april 2004 vroeg de hoofdinspecteur P.A.W. Edgar of iets bekend was over een verslaafde neuroloog van het Medisch Spectrum Twente (e-mail van P.A.W. Edgar aan J. Vesseur van 19 april 2004 om 15.03 uur). Dezelfde dag kreeg de heer Edgar het volgende antwoord: “ja, maar Willem/Ankie [W.A.H. Nugteren/A.H. Schoenmaker-Miedema: RJH] weten er alles van. De man is op non-actief gesteld, maar wil elders wel weer gaan werken. Het MST is niet erg scheutig met mededelingen over hem. Wij zitten de RvB op de hielen omdat we inmiddels ook van de zorgverzekeraar begrepen hebben dat er mogelijk ook fraude in het spel is. Melding kwam destijds overigens via De Telegraaf bij ons!” (e-mail van J. Vesseur aan P.A.W. Edgar van 19 april 2004 om 15.22 uur)

153 Weblog Tom Zijlstra 21 februari 2009, www.sailing-dulce.nl/home/12

154 Brief van mevrouw mr. P.H.M. van der Valk aan de commissie-Hoekstra van 31 maart 2010, kenmerk 3200-2010/320

daardoor te weinig distantie. Akkoord, zeg ik. Het is een lang en moeilijk gesprek. Dronkers is humeurig en heeft er duidelijk geen zin in. Toch stemt hij uiteindelijk in met de snelle verwijdering van Jansen Steur uit het ziekenhuis en de zorg, die me voor ogen staat. Voor hem geeft het akkoord van inspecteur Nugteren de doorslag.”¹⁵⁵

De officier van justitie is volgens de heer Zijlstra in zijn gesprek met de commissie dus (terughoudend) akkoord gegaan onder voorbehoud dat als zich strafbare feiten voorgedaan zouden hebben, hij op zijn akkoord terug kon komen. Het akkoord is uiteindelijk pas afgerond in augustus 2004 zo veronderstelt de heer Zijlstra: hij was toen zelf niet meer in functie.¹⁵⁶

Het is de vraag in hoeverre de officier van justitie op de hoogte is gebracht van wat toen (begin 2004) bekend was over het disfunctioneren van dr. Jansen. Mevrouw Van der Valk-van Ginneken heeft de commissie het volgende laten weten:

“Op de vraag of het in het telefoongesprek met Zijlstra alleen gegaan is over medicijnverslaving en vervalsing of dat het ook gegaan is over diefstal van medicijnen en het mogelijk stellen van onjuiste diagnoses, antwoord ik: het is gegaan over een keer een recept vervalsen. Dat is wat ik mij herinner. Ik denk dat ik het te ingewikkeld had gevonden om het telefonisch af te doen als het om nog veel meer was gegaan. Het was maar een kort telefoongesprek tussen Zijlstra en mij.”¹⁵⁷

Op 16 februari 2004 legde de heer Zijlstra een voorstel voor een zogeheten vrijwillig vertrek van dr. Jansen aan de raad van bestuur voor. Een week later, op 23 februari 2004, zou volgens de heer Zijlstra de heer Ramaker met de inspectie regulier overleg hebben gehad. Daarin zou ook over de vertrekregeling voor dr. Jansen zijn gesproken en had de inspectie zich hiermee akkoord verklaard. De heer Zijlstra kon niet bij dit overleg zijn, omdat hij ziek was. De commissie heeft niet kunnen vaststellen of dit gesprek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.¹⁵⁸ Op 26 februari 2004 volgde de volgende bespreking van de raad van bestuur over het vertrekplan, dit keer met onder anderen dr. Jansen. Deze verklaarde dat hij zich op het voorstel zou beraden. Eind februari 2004 ontving de heer Zijlstra tot zijn verbijstering een brief van de psychiater van dr. Jansen waarin deze verklaarde dat hij dr. Jansen had onderzocht en dat hij was genezen en weer aan het werk kon gaan.¹⁵⁹

Ongeveer op hetzelfde moment, op 26 februari 2004, kwam ook de vakgroepcoördinator in actie. Elke vakgroep en maatschap in het Medisch Spectrum Twente heeft een medisch coördinator die de resultaatsverantwoordelijke eenheid waartoe vakgroep dan wel maatschap behoort, vertegenwoordigt. De medisch coördinator van de vakgroep neurologie schreef de raad van bestuur een brief en meldde hierin dat:

“de vakgroep tijdens de waarneming [van de praktijk van dr. Jansen: RJH] feiten heeft geconstateerd die tot de genoemde incidenten [bedoeld is: incidenten die vatbaar zijn voor justitieel onderzoek: RJH] moeten worden gerekend. De vakgroep is van mening dat de incidenten zodanig structureel van aard zijn dat continuering van de werkzaamheden door Jansen op de wijze zoals tot nu toe het geval was, niet mogelijk is. De incidenten zijn bovendien zodanig dat melden bij de IGZ volgens de vakgroep aangewezen is. Mocht Jansen wel terugkomen dan kan dit volgens de vakgroep alleen onder strikte voorwaarden, waaronder controle op de uitoefening van zijn werkzaamheden.”¹⁶⁰

De raad van bestuur greep deze brief aan om dr. Jansen te laten weten dat ondanks het oordeel van de psychiater bij de vakgroep de nodige vragen leefden over de kwaliteit van zijn professioneel handelen als neuroloog. Daarom werd aan dr. Jansen een keuze voorgelegd: als dr. Jansen zijn functie in het ziekenhuis zou willen voortzetten, dan zou de raad van

155 Weblog Tom Zijlstra 26 januari 2009, www.sailing-dulce.nl

156 Gesprek van de commissie met drs. T.R. Zijlstra, Andel 2 maart 2010

157 Brief van mevrouw mr. P.H.M. van der Valk aan de commissie-Hoekstra van 31 maart 2010, kenmerk 3200-2010/320

158 In het dossier van de inspectie bevindt zich geen verslag van deze bijeenkomst. Bij het Medisch Spectrum Twente is navraag gedaan of op deze datum in de agenda van de raad van bestuur een afspraak met de inspectie staat vermeld. Uit een e-mail van mevrouw E. Zanderink van de raad van bestuur van 4 maart 2010 om 20.24 uur blijkt dat het niet meer mogelijk is na te gaan of zo'n afspraak in de agenda is opgenomen: “Helaas is het niet mogelijk in de agenda de afspraak te achterhalen op 23 februari 2004, waarbij de heer Ramaker, samen met de heer Zijlstra, een afspraak zou hebben bij de IGZ. Wij zijn ruim twee jaar geleden overgestapt naar andere software voor agendabeheer en mailverkeer, waardoor we niet verder terug kunnen gaan.” Op 5 maart 2010 heeft mr. R.J. Hoekstra drs. R. Ramaker per brief de vraag gesteld of dit gesprek heeft plaatsgevonden en zo ja, met wie. Ten slotte is de heer Ramaker gevraagd of hij zich de inhoud van dit gesprek kan herinneren. De heer Ramaker heeft niet op deze brief gereageerd.

159 Weblog Tom Zijlstra 2 september 2009, www.sailing-dulce.nl/home/12. Volgens het verslag van een gesprek tussen de inspectie en dr. Jansen op 24 mei 2004 was deze brief “kort na 16 februari 2004” aan de raad van bestuur gezonden. Blijkens het verslag bevatte de brief de boodschap dat de heer Jansen “weer handelingsbekwaam” zou zijn.

160 Rapport van de externe onderzoeksc commissie MST (Lemstra-1), ‘En waar was de patiënt..?’ Enschede 1 september 2009, blz. 28

bestuur na overleg met het bestuur van de medische staf en de inspectie een onafhankelijk extern onderzoek gelasten naar het professionele handelen van dr. Jansen. Tevens zou de raad van bestuur aangifte doen vanwege het wegnemen van medicijnen uit de medijnkast en het onjuist uitschrijven van recepten. Ofwel – en dat was de tweede mogelijkheid die aan dr. Jansen werd voorgelegd – dr. Jansen zou zijn loopbaan beëindigen en met ingang van 1 april 2004 vervroegd met pensioen gaan. Het ziekenhuis zou zijn salaris doorbetalen totdat hij 65 jaar zou worden en tot dan zou dr. Jansen gebruik maken van de OBU-regeling (een prepensioenregeling met overbruggingsuitkering tot aan pensioenleeftijd van 65 jaar).

Volgens Zijlstra belde hij met senior inspecteur W.A.H. Nugteren “om de druk erop te houden” met het verzoek “van de affaire nu eindelijk eens een formele melding te maken. Deze zegt toe maar doet niets.”¹⁶¹ Volgens de heer Zijlstra heeft hij in de maanden januari, februari en maart van 2004 “diverse malen met de inspectie gebeld.” In deze gesprekken had hij “aangedrongen op het maken van een officiële melding als ook het instellen van een formeel onderzoek.”¹⁶² De heer Nugteren heeft de commissie verklaard dat hij er bij de heer Zijlstra juist op aangedrongen heeft dat niet de inspectie, maar het ziekenhuis aangifte hoorde te doen bij het openbaar ministerie: het ziekenhuis had immers het strafbare feit vastgesteld.¹⁶³

Op maandag 10 maart 2004 belde de journalist Jan Colijn van *De Telegraaf* met de voorlichter van de inspectie. Om 13.23 uur deed de voorlichter navraag bij de senior inspecteur, de heer W.A.H. Nugteren: kon de inspectie bevestigen dat de heer Jansen Steur, neuroloog in het MST, wegens een opiatenverslaving was ontslagen? Dat kon de inspectie niet: “in het dossier geen mededelingen over een melding van die aard aangetroffen en haar [de voorlichter: RJH] aldus mee-gedeeld. Zij zal *De Telegraaf* melden dat wij bij het MST om inlichtingen zullen vragen.”¹⁶⁴ De contacten van *De Telegraaf* met onder andere de inspectie leidden niet tot publicatie van een artikel.

Dezelfde dag, 10 maart 2004, om 15.30 uur lukte het de inspectie om telefonisch contact te krijgen met de voorzitter van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente, drs. R. Ramaker. Senior inspecteur W.A.H. Nugteren informeerde bij de heer Ramaker naar “gerucht” over het ontslag van neuroloog Jansen Steur.¹⁶⁵ Van een ontslag was volgens de voorzitter van de raad van bestuur geen sprake. Jansen zou hebben “gerommeld” met medicijnen, maar niet met opiaten. Er zouden ook nog enkele andere incidenten zijn, maar daar werd in het telefoongesprek geen navraag naar gedaan. Aan dr. Jansen was psychiatrische hulp aangeboden en er zou geen sprake zijn geweest van onverantwoorde zorg. Daarom was de inspectie ook niet ingelicht. Dr. Jansen had het voorstel gekregen om tot aan zijn pensionering niet meer te werken, maar wel zijn salaris te krijgen. Hij zou het ziekenhuis dus verlaten. Met deze uitleg nam de inspecteur genoegen. Hij noteerde: “wij worden geïnformeerd zodra antwoord van neuroloog op brief van raad van bestuur bekend is.”¹⁶⁶

Op 12 maart 2004 schreef de senior inspecteur Nugteren een brief aan de voorzitter van de raad van bestuur:

*“U vertelde dat er problemen waren geweest met medicijnen (geen opiaten) en enkele incidenten, die echter niet geleid hadden tot onverantwoorde zorg. Omdat de betrokken specialist nog een jaar tot aan zijn pensionering heeft, heeft u hem naar ik begreep per brief aangeboden om eerder het ziekenhuis te verlaten. Er zou ook psychiatrische hulp aangeboden zijn. We spraken af, dat zodra u antwoord heeft op deze brief u de inspectie nader zult informeren. Uit ons archief blijkt dat er eerder sprake is geweest van problemen met medicatie die door de heer Jansen-Steur is voorgeschreven. Dit leidde tot een klachtprocedure in 2001. Mede op grond van deze historie verzoek ik u daarom de inspectie volledig te informeren over de huidige problemen die aanleiding vormen tot uw voorstel aan deze neuroloog.”*¹⁶⁷

161 Weblog Tom Zijlstra 2 september 2009, www.sailing-dulce.nl/home/12

162 Gesprek van de commissie met drs. T.R. Zijlstra, Andel 2 maart 2010

163 Gesprek van de commissie met dr. W.A.H. Nugteren, Den Haag 4 maart 2010

164 Telefoonnotitie 0401313 betreft M 04039 van 10 maart 2004 om 13.23 uur. E-mail van mevrouw F. van ter Beek aan dr. H.P.M. Kreemers van 4 maart 2010 om 22.23 uur

165 Telefoonnotitie 0401339 betreft M 04039 van 10 maart 2004 om 15.30 uur. Die dag werd het dossier doorgestuurd naar de inspectie in Den Haag met als omschrijving “melding inzake gerucht [cursivering: RJH] ontslag neuroloog wegens opiatenverslaving”. De status van het dossier was “afgehandeld”.

166 Ibidem

167 Brief van W.A.H. Nugteren aan drs. R. Ramaker. Arnhem 12 maart 2004, kenmerk 040313 M04039

Op 17 maart 2004 hadden mevrouw Schoenmaker-Miedema van de inspectie en de heer Zijlstra telefonisch contact. Volgens de heer Zijlstra kon een reactie van dr. Jansen op het voorstel voor zijn vertrek binnen een paar dagen worden verwacht.¹⁶⁸ Op 23 maart 2004 vond het regulier overleg plaats. Van het Medisch Spectrum Twente was hier alleen de heer Zijlstra bij aanwezig. De inspectie was vertegenwoordigd door de heer W.A.H. Nugteren en mevrouw A.H. Schoenmaker-Miedema. De kwestie van de neuroloog stond hoog op de agenda:

“Er was sprake van Dormicum®-misbruik gedurende langere tijd. Werd weliswaar in de gaten gehouden (onder andere via Centrum Apotheek) en hij was er persoonlijk al eens op aangesproken. Begon echter op receptenpapier van collegae Dormicum® te vergaren. Recepten werden uitgeschreven op naam van echte patiënten. Apotheek meldde dit meteen. Eind november, begin december is hij daarop onmiddellijk met ziekteverlof gestuurd met de afspraak dat hij zich zou laten behandelen. Is daarna psychiatrisch begeleid. In februari leek het verbeterd. Echter voor ziekenhuis is hervatting van de praktijk niet wenselijk meer en ze hebben hem in een brief ter overweging aangeboden over anderhalf jaar in de OBU en dan zou er door het ziekenhuis geen actie ondernomen worden. Door overname van zijn werk door collegae bleek sprake van het stellen van de diagnose MS bij patiënten die dat niet hebben! Er lopen daarom nu drie klachtenprocedures, waaronder een claim. Hij was (vroeger) een briljant neuroloog. Wat is de kans dat hij bij vertrek elders begint? Vanuit inspectie weinig vertrouwen hierin en zullen daarom met hem gesprek aangaan teneinde door hem vast te laten leggen dat hij niet meer zal werken of (beter nog) dat hij zich uit het BIG-register laat uitschrijven. Zijn advocaat weet dat de inspectie op de hoogte is. Gaat hij niet weg, dan komt er een zaak. De inspectie had hierover eerder moeten worden geïnformeerd en niet als stok achter de deur worden gebruikt.

Afspraak: als deze week de inmiddels door zijn advocaat opgestelde brief door JS wordt geaccordeerd en hij het dus met het voorstel van het ziekenhuis eens is dan ontvangt de inspectie meteen bericht van de raad van bestuur, zodat inspectie daarna met deze neuroloog een afspraak (via het ziekenhuis) voor een gesprek kan maken. Het ziekenhuis werkt de klachten op gebruikelijke wijze af.”¹⁶⁹

Volgens de heer Zijlstra had hij zich tijdens dit gesprek boos gemaakt omdat naar zijn mening de inspecteur de kwestie van dr. Jansen op haar beloop had gelaten: “Op 23 maart 2004 blijkt tijdens het regulier overleg met de inspectie dat er nog steeds geen formele melding van gemaakt is. Ik ontplof zowat ter plekke. De inspecteur haast zich te zeggen dat hij het in orde zal maken.”¹⁷⁰ Het verslag van dit overleg bevat nergens een verwijzing naar het zo scherp veroordeelde afwachten door de inspectie. Het verslag is ter goedkeuring aan de heer Zijlstra voorgelegd. Deze stuurde zijn correcties per fax op 4 mei 2004 aan de inspectie. De door de heer Zijlstra aangebrachte correcties hadden geen betrekking op het deel van het verslag dat handelde over dr. Jansen.¹⁷¹

De opstelling van het verslag (6 april 2004) en de toezending van de correcties (4 mei 2004) vielen grotendeels samen met de aanloop van het vertrek van de heer Zijlstra als lid van de raad van bestuur. Op 5 april 2004 kreeg hij te horen dat het bestuur van de medische staf zich tegen hem had gekeerd. Zijn positie als lid van de raad van bestuur werd hierdoor onhoudbaar. Formeel werd afscheid van hem genomen op 15 juli 2004. Maar al lang voor die tijd stond Zijlstra niet meer aan het roer van het Medisch Spectrum Twente.¹⁷²

Op 7 april 2004 trok de inspectie weer aan de bel bij de raad van bestuur. Nog steeds was geen bericht ontvangen over de door dr. Jansen te accorderen vertrekregeling, waarvan de vaststelling twee weken daarvoor werd verwacht. Wederom beklagde de inspectie zich over het late informeren van de inspectie en over het ontbreken van “afschriften van documenten die relevant zijn in het licht van zijn disfunctioneren.”¹⁷³ Op 8 april reageerde de secretaris van de raad van bestuur telefonisch op deze brief: er was nog geen akkoord met dr. Jansen. Zijn advocaat had de *Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband* verlaten en nu boog een nieuwe advocaat zich over een nieuwe brief met betrekking tot de vertrekregeling. Dr. Jansen had nieuwe voorwaarden gesteld: hij wilde niet alleen op de loonlijst van het Medisch Spectrum Twente blijven, maar ook voor derden kunnen werken. Voor de inspectie was nu de maat vol: “de afhandeling van de brief met voorstel van ziekenhuis duurt te lang. We wachten daar niet meer op. Wij willen nu goed geïnformeerd

168 Telefoonnotitie van gesprek van de heer Zijlstra en mevrouw Schoenmaker-Miedema 17 maart 2004 om 12.10 uur

169 Verslag van het gesprek bij Medisch Spectrum Twente 23 maart 2004

170 Weblog Tom Zijlstra 2 september 2009, www.sailing-dulce.nl/home/12

171 Fax van mevrouw T. Hoeven aan de inspectie van 5 mei 2004

172 Weblog Tom Zijlstra 2 september 2009, www.sailing-dulce.nl/home/12

173 Brief van W.A.H. Nugteren aan drs. R. Ramaker. Arnhem 7 april 2004, kenmerk 0401313(m04-039)AS/hn.

worden en alle informatie over Jansen Steur ontvangen.”¹⁷⁴ Op 20 april 2004 ontving de inspectie een fax van de heer H. ten Vergert, secretaris van de raad van bestuur, met daarbij een kopie van een op 1 april 2004 door drs. R. Ramaker ondertekende brief aan de raadsvrouw van dr. Jansen. Punt 7 van deze brief bevat de volgende afspraak: “Tot 1 Oktober 2005 zal cliënt zijn professie als neuroloog niet uitoefenen”.¹⁷⁵

Op 29 april 2004 stuurde de inspectie dr. Jansen een brief waarin de met hem telefonisch gemaakte afspraak voor een gesprek op 24 mei 2004 om 15.00 uur in Arnhem werd gemaakt. Op dit gesprek en op de toen gemaakte afspraken wordt in 4.7. nader ingegaan.

4.4.2. De inspectie, de raad van toezicht en de neuroloog

De inspectie heeft in de periode tussen 2000 en 2009 eenmaal contact gehad met de raad van toezicht, of beter de raad van commissarissen zoals bij het Medisch Centrum Twente haar juiste benaming is. Aanleiding was het vertrek van drs. R. Ramaker als voorzitter van de raad van bestuur. De raad van commissarissen had de heer Ramaker op non-actief gesteld en vervangen door een interim-bestuurder. Het vertrek ging bij de inspectie gepaard met “zorgen over risico’s voor de continuïteit van de zorg”. De raad beseftte achteraf gezien dat “in deze fase enige informatie naar de inspectie zinvol had kunnen zijn.” Het was volgens het verslag een “open, zinvol gesprek” en er waren “nu geen signalen die op ernstige verstoringen duiden.”¹⁷⁶

Op 23 augustus 2004 kreeg de raad van commissarissen de volgende schriftelijke mededeling van de raad van bestuur: “De raad van bestuur heeft afscheid [genomen] van dr. Jansen Steur, neuroloog na een intern afstemmingstraject met de medische staf en externe coördinatie met de inspectie voor de gezondheidszorg.”¹⁷⁷

De vertrekregeling met dr. Jansen was op 15 juni 2004 ondertekend.¹⁷⁸ De dag ervoor, op 14 juni 2004, was er een bijeenkomst van de raad van commissarissen maar omdat op die dag de vertrekregeling nog niet was ondertekend had de raad van bestuur (drs. R. Ramaker) ervoor gekozen de raad van commissarissen pas bij de volgende bijeenkomst te informeren.¹⁷⁹ De wijze waarop over de vertrekregeling met de commissarissen is gecommuniceerd, wekt de indruk dat sprake zou zijn van een gezamenlijke, in ieder geval gecoördineerde aanpak van raad van bestuur én inspectie. Dat was dus niet het geval.

4.5 De inspectie, de verzekeraar en de neuroloog

Op 16 april 2004 kreeg de inspectie een telefonische melding van zorgverzekeraar Menzis. Het ging om mevrouw E.C.M. van der Wilden-van Lier. Eerder in deze reconstructie komt zij, in een andere functie, ook voor. Zij werkte tot november 2002 bij de inspectie en ondertekende bij afwezigheid van mevrouw Schoenmaker-Miedema op 1 maart 2001 en op 8 oktober 2001 brieven van de inspectie aan mevrouw G.M. Damink-Huisman.¹⁸⁰ Mevrouw Van der Wilden-van Lier was bij Menzis werkzaam als manager landelijke inkoop tweedelijnszorg.¹⁸¹

Op 19 april 2004 lichtte zij haar melding in een brief aan de inspectie toe. Bij een kort daarvoor uitgevoerd intern onderzoek bleek dat dr. Jansen gebruik had gemaakt van een zogeheten u-bocht bij de declaratie van een duur geneesmiddel. Bij zo’n constructie gaat het om dure medicijnen waarvoor het ziekenhuis een vergoeding van tachtig procent van de kosten krijgt. Om dat te omzeilen komt het voor dat deze medicijnen worden voorgeschreven door de huisartsen van deze patiënten of dat medisch specialisten zorgen dat deze patiënten de medicijnen bij apotheken buiten het ziekenhuis halen. Eerder was dr. Jansen al eens aangesproken op deze onjuiste wijze van declareren, was het onjuist gedeclareerde

174 Telefoonnotitie van gesprek van W.A.H. Nugteren met de heer H. ten Vergert van 8 april 2004 om 13.34 uur

175 Brief van drs. R. Ramaker aan mevrouw mr. A.C. van Julsingha. Enschede 1 april 2004, kenmerk RvB/rw/0277-04

176 Intern verslag van gesprek met de heren D. Veltman en J. Troch, voorzitter en lid van de raad van commissarissen, en de heren W.A.H. Nugteren en J. Vesseur. 10 augustus 2005

177 Memo van de raad van bestuur aan de raad van commissarissen betreffende mededelingen vergadering augustus 2004

178 Gesprek van de commissie met mr. J.D. Veltman, Den Haag 4 maart 2010. Dr. Jansen heeft de vertrekregeling op 14 juni 2004 ondertekend, maar klaarblijkelijk pas na 14 juni 2004 geretourneerd.

179 Gesprek van de commissie met mr. J.D. Veltman, Den Haag 4 maart 2010

180 Zie paragraaf 4.2., noot 32

181 Op dit moment is mevrouw Van der Wilden-van Lier werkzaam als lid van de raad van bestuur van Ziekenhuisgroep Twente.

bedrag teruggevorderd en was deze handelwijze besproken met de raad van bestuur. Omdat sprake was van herhaald onjuist declaratiegedrag had Menzis besloten om een zogeheten 'materiële controle' uit te voeren. Bij dit soort onderzoeken onderzoekt een adviserend geneeskundige patiëntendossiers. Bij deze controle was Menzis gestoten op onvolledige dossiers:

*'kennelijk heeft de heer Jansen Steur voor deze patiënten over meerdere jaren geen dossiers bijgehouden. Vanaf het jaar 2004 is een andere arts verantwoordelijk en zijn de dossiers weer bijgehouden. Alhoewel het slechts een gering aantal dossiers betreft, bleek dit voor deze gehele (door ons gemaakte) selectie van dossiers te gelden. Dat doet vermoeden dat hier sprake is van een structureel probleem van kwalitatieve aard, dat ook tot problemen kan leiden in de continuïteit van zorg. Derhalve doen wij hiervan melding aan de inspectie. De bevindingen van ons onderzoek zijn uiteraard ook besproken met de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente.'*¹⁸²

Wat dit laatste betrof ging het om de voorzitter van de raad van bestuur. Dat Menzis dit onderzoek was begonnen kwam niet uit de lucht vallen. Toen bij Menzis de naam van dr. Jansen viel, stond een van de medewerkers "op scherp: Jansen Steur triggerde iets."¹⁸³

Op 28 mei 2004 deelde de inspectie aan mevrouw Van der Wilden-van Lier mee dat haar brief aanleiding was "tot een nader onderzoek om te kunnen vaststellen of er sprake is van een structurele tekortkoming in de gezondheidszorg".¹⁸⁴ Menzis is nimmer ingelicht over de uitkomsten van dit onderzoek.¹⁸⁵ De bevindingen van Menzis zou de inspectie hebben besproken met de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente, aldus senior inspecteur Nugteren in zijn brief van 28 mei 2005 aan Menzis. Het onderzoek is in het dossier van de inspectie niet aangetroffen. Het is voor de commissie zelfs de vraag of ooit een onderzoek is uitgevoerd. Desgevraagd heeft de heer Nugteren de commissie gemeld dat hij op 24 mei 2005 met dr. Jansen over diens verslavingsgedrag heeft gesproken en dat hij dat gesprek ziet als een vorm van onderzoek.¹⁸⁶

Een medewerker van zorgverzekeraar Menzis, mevrouw drs. I.J.M. Harms, kwam in oktober 2005 tijdens een bijeenkomst professor dr. Thomas Mokrusch van de Hedon-Kliniek Lingen in Duitsland tegen. Deze vroeg haar of zij iets kon vertellen over dr. Jansen omdat die bij zijn kliniek had gesolliciteerd. Ze had die vraag ontweken, maar meldde zich op 19 oktober 2005 toch bij inspecteur W.A.H. Nugteren om deze van de sollicitatie van dr. Jansen op de hoogte te brengen. En passant kwam het telefoongesprek op het onderzoek dat de senior inspecteur in zijn brief van 28 mei 2004 aan Menzis had toegezegd. De inspecteur liet weten dat het onderzoek nog niet was afgerond: "hij [dr. Jansen: RJH] voldoet nog niet aan de voorwaarden waarop inspectie haar oordeel over zijn actief zijn als arts kan beoordelen. Wordt vervolgd."¹⁸⁷ Dit wijst erop dat het op 28 mei 2004 aangekondigde onderzoek was beperkt tot de vraag of dr. Jansen zou voldoen aan de voorwaarden die de inspectie aan hem had gesteld om weer als neuroloog aan de slag te gaan.

4.6 De inspectie, de klachtencommissie en de neuroloog

Formeel gesproken is in de periode tussen 2000 en het vertrek van dr. Jansen eind 2003 sprake van drie klachten bij de klachtencommissie:

- 25 oktober 2000: patiënte Damink-Huisman;
- 13 juli 2001: patiënte Damink-Huisman;
- 2 september 2002: echtgenoot van patiënte Hollander.

Over de eerste en over de derde klacht heeft de klachtencommissie een uitspraak gedaan. Over de tweede klacht niet. Mevrouw Damink-Huisman trok deze tweede klacht in en ook een klacht bij het regionale tuchtcollege die betrekking had op de eerste en derde klacht werd door haar ingetrokken.

¹⁸² Brief van mevrouw E.C.M. Van der Wilden-van Lier, arts MG, MPH aan de heer W.A.H. Nugteren. Zwolle 19 april 2004, kenmerk EvdW/SvdR 2004/060

¹⁸³ Deze informatie is vertrouwelijk gemeld bij de commissie.

¹⁸⁴ Brief van de heer W.A.H. Nugteren aan mevrouw Van der Wilden-van Lier. Arnhem 28 mei 2004, kenmerk 0402054/M04039/WW/mg

¹⁸⁵ Deze informatie is vertrouwelijk gemeld bij de commissie.

¹⁸⁶ Gesprek van de commissie met dr. W.A.H. Nugteren, Den Haag 4 maart 2010

¹⁸⁷ Telefoonnotitie van gesprek van W.A.H. Nugteren met mevrouw drs. I.J.M. Harms van 19 oktober 2005 om 16.56 uur

De inspectie heeft haar eigen verantwoordelijkheid en had naar aanleiding van de uitspraak van de klachtencommissie in de eerste klacht besloten om “de zaak te blijven volgen”. Het ging hier met name om wat dr. Jansen met de conclusies van de klachtencommissie zou doen en hoe dat zou worden bewaakt binnen het ziekenhuis. Een van de conclusies van de klachtencommissie had betrekking op de slechte dossiervoering van dr. Jansen. Later, op 19 april 2004, zou hij daar ook op worden aangesproken door zorgverzekeraar Menzis, die de dossiervoering van dr. Jansen “tuchtwaardig” achtte. De inspectie werd hiervan op de hoogte gebracht, kondigde een eigen onderzoek aan, maar bleef de zaak niet volgen. Nadat mevrouw Damink-Huisman kenbaar had gemaakt dat ze de klachtprocedures wenste te staken, sloot de inspectie de melding en werd bij de raad van bestuur nimmer navraag gedaan hoe de afspraak over een verantwoorde dossiervoering door dr. Jansen ter hand was genomen en de uitvoering daarvan werd bewaakt.

De derde klacht (van de heer Hollander) werd op één enkel onderdeel na ongegrond verklaard, maar de inspectie had en behield na de uitspraak sterke twijfels over de gang van zaken bij de indicatie en de afstemming en overdracht van de zorg voor de patiënt. Op dit laatste punt zou de inspectie een plan van aanpak aan de raad van bestuur vragen en deze problematiek “blijvend aan de orde stellen om te komen tot structurele verbeteringen.”¹⁸⁸ Ook in dit geval verdween de toegezegde aandacht van de inspectie voor het in de gaten houden van de voortgang van de in het vooruitzicht gestelde “structurele verbeteringen” al heel snel. Bij de raad van bestuur werd op dit vlak nimmer navraag gedaan.

4.7 De inspectie en de neuroloog: de balans

4.7.1. De inspectie en de neuroloog: de gesprekken op 24 mei 2004 en 7 juli 2005

Eind april 2004 maakte de inspectie een afspraak met dr. Jansen voor een gesprek op 24 mei 2004 om 15 uur bij de inspectie in Arnhem. Bij dat gesprek waren van de inspectie de heer W.A.H. Nugteren en een andere inspecteur, de heer drs. R.J. Boumans, aanwezig.¹⁸⁹

Aan het begin van het gesprek gaf de inspectie aan dat mocht bij haar onderzoek sprake zijn van (ernstig) verwijtbare en/of strafbare feiten de inspectie het nodig zou kunnen vinden om een klacht in te dienen bij het regionaal tuchtcollege en/of aangifte te doen bij het openbaar ministerie. Desgevraagd gaf dr. Jansen aan dat hij nooit eerder met de inspectie te maken had gehad.¹⁹⁰

Voor de inspectie waren vijf feiten aanleiding voor dit gesprek:

1. Ontvreemding van medicamenten waarvoor hij van het ziekenhuis op 7 mei 2003 een schriftelijke waarschuwing had gekregen;
2. Het voor eigen gebruik voorschrijven van Dormicum®;
3. Vervalsing van receptuur door gebruik van receptenpapier van een collega-neuroloog en voorschrijving op naam van een echte dan wel een niet-bestaande patiënt;
4. Het verschillende keren stellen van verkeerde diagnoses;
5. Het onvoldoende bijhouden van dossiers, waarbij de inspectie verwees naar de uitspraak van de klachtencommissie in 2001 naar aanleiding van een klacht van mevrouw Damink-Huisman.

Dr. Jansen betwistte de eerste drie feiten niet, maar gaf aan dat hij “niets meer” zou gebruiken. Wat het vierde en het vijfde verwijt betrof, daar tilde dr. Jansen niet zo zwaar aan. De klachten vanwege verkeerde diagnoses waren “incidenten” en “dat zal altijd bij elke arts wel eens voorkomen”. Het onderzoek van Menzis naar vier dossiers betrof ook “incidenten” en dr. Jansen verweet de verzekeraar “selectief” te werk te zijn gegaan. Hij betreurde het dat de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente hem tot een vertrekregeling had gedwongen. Hij kon niet anders en had de zogeheten vaststellingsovereenkomst ondertekend.

De inspectie concludeerde dat het dr. Jansen aan inzicht in zijn problematiek ontbrak en gaf het “advies” om niet meer als arts te gaan werken, dan wel zich te laten uitschrijven uit het BIG-register. Dat stuitte bij dr. Jansen op bezwaren: hij wilde te zijner tijd weer als arts aan de slag. Hij wilde daarom met de inspectie afspreken onder welke voorwaarden hij weer aan de slag zou kunnen en was ook bereid om het verslag van het gesprek te ondertekenen.

¹⁸⁸ Brief van mevrouw A.H. Schoenmaker-Miedema aan de heer A. Hollander. Arnhem 17 oktober 2003, kenmerk AS/WM 0305588 FU M02022

¹⁸⁹ Brief van W.A.H. Nugteren aan dr. E.N.H. Jansen Steur. Arnhem 29 april 2004, kenmerk 0402054(m04039)/WN/w

¹⁹⁰ Verslag van het gesprek met de heer E.H. Jansen Steur op maandag 24 mei 2004. Arnhem 4 juni 2004, kenmerk 0402054(M04039)/WN/w

De inspectie stelde vervolgens zeven “onvoorwaardelijke maatregelen” vast:

1. Onderzoek door een door de inspectie aan te wijzen onafhankelijke psychiater;
2. Toestemming van dr. Jansen aan de inspectie om aan zijn eigen psychiater en psycholoog informatie op te vragen over zijn ziekte-inzicht, de ernst van zijn problematiek, zijn herintegratie en prognose;
3. Geen terugkeer van dr. Jansen in het Medisch Spectrum Twente;
4. Op grond van de eerste twee maatregelen zou de inspectie beoordelen “of voldoende waarborgen voor verantwoorde zorg door dr. Jansen als arts aanwezig zijn”;
5. Als deze beoordeling positief zou zijn, zou dr. Jansen zich verplichten om “zodra hij als arts ergens aan het werk gaat (bij een instelling of als zelfstandig ondernemer) hij dit vooraf meldt aan de inspectie. Tevens meldt dr. Jansen de doorgemaakte problematiek aan de directie van de instelling of aan de werkgever. De inspectie kan daartoe informatie inwinnen bij betrokken directie of werkgever”;
6. Wat “prescriptiegedrag” betreft zou dr. Jansen zich transparant opstellen en meewerken aan een controle;
7. Onderzoek van de inspectie in het Medisch Spectrum Twente bij dossiers van dr. Jansen in overleg met de raad van bestuur.

Mocht aan een van de voorwaarden niet worden voldaan, dan zou de inspectie via een spoedprocedure het regionaal tuchtcollege alsnog verzoeken dr. Jansen uit het BIG-register uit te schrijven. Op 15 juni 2004 retourneerde dr. Jansen het door hem ondertekende verslag met de toevoeging dat hij medicatie gebruikte in de vorm van Tryptizol® en Temazepam®.

Het is de vraag of en zo ja wanneer dr. Jansen aan de zeven voorwaarden voldeed. Hij kreeg op 3 januari 2006 van senior inspecteur Nugteren telefonisch toestemming om weer aan de slag te gaan. Nog dezelfde dag bevestigde de inspectie deze toestemming schriftelijk.¹⁹¹ Na het gesprek van de inspectie op 24 mei 2004 met dr. Jansen bleken al spoedig enkele nieuwe feiten die de betrouwbaarheid van dr. Jansen en de oprechtheid bij het nakomen van de afspraken op de proef stelden. Zo bleek later uit een brief van de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente dat dr. Jansen de vaststellingsovereenkomst pas op 14 juni 2004 had ondertekend. In het met de inspectie op 24 mei 2004 gevoerde gesprek had hij nog meegedeeld dat hij de overeenkomst vóór 24 mei 2004 had ondertekend.¹⁹² Op 24 mei 2004, de dag waarop hij ter inspectie over de voorwaarden voor zijn werkhervatting zou spreken, had dr. Jansen op naam van een niet-bestaande patiënt Temazepam® voorgeschreven. Dat hij dus “niets meer” gebruikte en dat hij zich niet langer meer schuldig maakte aan (ernstig) verwijtbare en/of strafbare feiten was niet het geval.

4.7.1.1. Onderzoek door een door de inspectie aan te wijzen onafhankelijke psychiater

Op 23 juli 2004 nam de heer W.A.H. Nugteren contact op met een psychiater en vroeg een rapportage over dr. Jansen met betrekking tot:

- a. zijn medicatie-(on)afhankelijkheid;
- b. zijn ziekte-inzicht;
- c. zijn huidige bekwaamheid en geschiktheid om zijn vak als arts uit te oefenen gezien in het licht van de voorliggende problematiek;
- d. de kans op recidief [herhaling, terugval: RJH].¹⁹³

Op 12 augustus 2004 liet de psychiater aan de inspecteur weten dat hij bereid was deze rapportage op te stellen. Dr. Jansen ontving van de psychiater een oproep voor een onderzoek op 22 november 2004. Op 13 november 2004 liet dr. Jansen weten niet op 22 november 2004 te kunnen komen voor dit onderzoek. Hij stelde een nieuwe afspraak in januari 2005 voor. Een afspraak voor 31 januari 2005 werd gemaakt, maar ook die werd door dr. Jansen afgebeeld. Hij zou zich twee maanden laten opnemen [voor een ontwenningsskuur in Schotland: RJH] en wilde graag na afloop van deze periode een nieuwe afspraak. Op 4 april 2005 vond het onderzoek plaats. Op 29 april 2005, ruim elf maanden na het vastleggen van de voorwaarden waaronder dr. Jansen weer aan de slag zou kunnen, ontving de inspectie de rapportage van de psychiater. In het algemeen moeten de bevindingen van de psychiater worden opgevat als voor dr. Jansen positieve antwoorden op de vragen van de inspectie. Maar de psychiater verbond aan zijn antwoorden wel de waarschuwing dat de kans op recidive aanwezig was in het geval dr. Jansen zou terugkeren als arts. In zo’n werkomgeving waren immers de middelen waaraan dr. Jansen verslaafd was (geweest) gemakkelijk voorhanden.

191 Brief van W.A.H. Nugteren aan dr. E.H.N. Jansen Steur. Zwolle 3 januari 2006, kenmerk 0546604 (m04039) WN/wm

192 Brief van drs. R. Ramaker aan de heer W.A.H. Nugteren. Enschede 23 juni 2004, kenmerk RvB/rw/0528-04

193 Brief van W.A.H. Nugteren. Arnhem 23 juli 2004, kenmerk 0402054(M04039)WN/ng

Tussen het moment waarop de inspectie de overigens voor verzending ook door dr. Jansen gelezen en voor akkoord bevonden rapportage ontving en het moment waarop de senior inspecteur zich hierover een oordeel had gevormd lagen zes weken. Op 6 juni 2005 belde dr. Jansen de senior inspecteur en vroeg hem naar de opvatting van de inspectie over het rapport. De senior inspecteur reageerde als volgt: “[Dr. Jansen] reageerde blij verrast. Gemeld dat ik het rapport *goeddeels* [cursivering: RJH] heb gelezen. Gesprek net zoals vorig jaar, op de inspectie. Secretariaat maakt afspraak voor deze maand.”¹⁹⁴

Aan deze voorwaarde (onderzoek door een onafhankelijke psychiater) was naar de mening van de inspectie met het bovenstaande voorbehoud voldaan. Het feit dat dr. Jansen twee keer een voor zijn werkhervatting zo belangrijke afspraak afzegde en ruim de tijd nam voor het maken van de uiteindelijk nagekomen afspraak leidde niet tot vragen van de inspectie. Deze vragen (bijvoorbeeld is er nog steeds sprake van een verslavingsprobleem?) bleven achterwege. De senior inspecteur werd enigszins overvallen door het telefoongesprek met dr. Jansen op 6 juni 2005 (ruim één jaar na het gesprek met de inspectie op 24 mei 2004). Dit roept de vraag op of de problematiek van dr. Jansen binnen de inspectie wel urgent was.

4.7.1.2 Toestemming van dr. Jansen aan de inspectie om aan zijn eigen psychiater en psycholoog informatie op te vragen over zijn ziekte-inzicht, de ernst van zijn problematiek, zijn herintegratie en prognose

Op 12 juli 2004 vroeg de inspectie bij de psychiater en bij de psycholoog van dr. Jansen schriftelijke informatie op over:

1. de stand van zaken met betrekking tot de behandeling, met name in welke mate nog sprake is van medicatieafhankelijkheid, en zo ja van welke medicatie?
2. welke medicatie aan dr. Jansen tijdens de behandeling was voorgeschreven?
3. een inschatting van een kans op recidief
4. gezien in het licht van onderliggende problematiek de mate van geschiktheid en bekwaamheid om het vak als arts uit te oefenen.¹⁹⁵

Op 1 september 2004 was van de psycholoog nog niets vernomen. Die dag herhaalde senior inspecteur Nugteren zijn verzoek van zes weken daarvoor. Van de psychiater die overigens op hetzelfde adres als de psycholoog praktijk hield, ontbrak eveneens de gevraagde reactie. Ook hij kreeg die dag schriftelijk een herinnering van de senior inspecteur.¹⁹⁶

Op 17 september 2004 meldde zich een psycholoog bij de inspectie. Het betrof een psycholoog met een andere naam dan de door de senior inspecteur aangeschrevene: “voor de goede orde, de naam waarmee u me aanschrijft [naam weggelaten: RJH], is niet juist.”¹⁹⁷ De psycholoog bevestigde dat dr. Jansen van januari tot mei 2004 bij hem in behandeling was geweest: “echter me beroepend op het beroepsgeheim, en met name ook vanwege mijn positie als behandelaar en vertrouwenspersoon (en niet als beoordelaar), acht ik mezelf niet in de positie u inlichtingen te verstrekken in deze.” De senior inspecteur probeerde dit probleem op te lossen door van dr. Jansen “per ommekeer” een volmacht te vragen waarin hij toestemming zou verlenen aan de inspectie om de gevraagde informatie te verkrijgen.¹⁹⁸

Op 9 november 2004 bereikte de door dr. Jansen ondertekende machtiging de inspectie. Opmerkelijk is dat dr. Jansen de inspectie wel machtigde voor navraag bij de psychiater, maar niet bij de psycholoog “omdat ik daar slechts een paar maal en onregelmatig ben geweest.”¹⁹⁹ Ook liet dr. Jansen weten dat hij begin december 2004 gedurende twee weken “ter preventie van recidiefverslaving op uw verzoek” in het St. Radboud Medisch Centrum in Nijmegen zou worden opgenomen.²⁰⁰

194 Telefoonnotitie van WN (W.A.H. Nugteren) van gesprek met E. Jansen van 6 juni 2005 om 16.05 uur

195 Brief van W.A.H. Nugteren aan psycholoog. Arnhem 12 juli 2004, kenmerk 040036(M04039)/WN/wm en brief van W.A.H. Nugteren aan psychiater. Arnhem 12 juli 2004, kenmerk 040036(M04039)/WN/hn

196 Brief van W.A.H. Nugteren aan psycholoog. Arnhem 1 september 2004, kenmerk 0402054(M04039)/WN/hn en brief van W.A.H. Nugteren aan psychiater. Arnhem 1 september 2004, kenmerk 040036(M04039) WN/hn

197 Brief van psycholoog aan W.A.H. Nugteren. Oldenzaal 17 september 2004

198 Brief van W.A.H. Nugteren aan dr. Jansen. Arnhem 1 oktober 2004, kenmerk 0421221(M04039)/WN/hn

199 Met pen aangebrachte aanvulling op machtigingsformulier 020421221(M04039)/WN/hn

200 Zie ook brief van W.A.H. Nugteren aan dr. Jansen. Zwolle, 8 februari 2005, kenmerk 05-5114(M04039)/WN/ihe. De achterpagina van het machtigingsformulier ontbreekt in het dossier van de inspectie.

Op 24 december 2004 had de psychiater nog steeds niet gereageerd op het oorspronkelijk van 12 juli 2004 daterende verzoek van de senior inspecteur. Wederom werd een reactie gevraagd, dit keer met toevoeging van het machtigingsformulier dat dr. Jansen had ondertekend.²⁰¹ Op 7 januari 2005 kwam de reactie van de psychiater. Hij was niet tot “een echte behandeling” overgegaan omdat hij dr. Jansen “ook in privé bekend” was. Hij kon geen uitspraak doen over de kans op recidief. Evenmin achtte hij zich competent om de mate van geschiktheid en bekwaamheid om zijn vak als arts uit te oefenen in te schatten of te beoordelen.²⁰² Op 20 januari 2005 liet de senior inspecteur de psychiater weten: “Ik dank u voor de verstrekte gegevens. Ze zijn duidelijk en geven geen aanleiding tot meer vragen.”²⁰³ In de eerste maanden van 2005 was er nauwelijks contact tussen de inspectie en dr. Jansen. De laatste reageerde niet op brieven van de inspectie. Hij was naar Schotland gegaan om daar voor zijn verslaving te worden behandeld.²⁰⁴

Het op 29 april 2005 opgestelde rapport van de onafhankelijke psychiater was voor de inspectie aanleiding dr. Jansen voor een tweede gesprek uit te nodigen. Dat gebeurde op 24 juni 2005. Het gesprek werd gepland op 7 juli 2005 om half elf in Zwolle. Nu de door de inspectie uitgekozen psychiater dr. Jansen had onderzocht en dat onderzoek aan de inspectie had voorgelegd, was het moment aangebroken om de mogelijke terugkeer van dr. Jansen in de medische wereld te bespreken. Op 1 oktober 2005 zou de overeenkomst van dr. Jansen met het Medisch Spectrum Twente aflopen en dr. Jansen wilde graag weer aan de slag als neuroloog “in een intramurale setting”.²⁰⁵ Tijdens dit gesprek werden vier afspraken gemaakt:

- a. de inspectie stuurt het gespreksverslag naar dr. Jansen ter verificatie van eventuele feitelijke onjuistheden;
- b. dr. Jansen stelt zich onder begeleiding van een psychiater en zal de contactgegevens van deze psychiater aan de inspectie doorgeven;
- c. de voorwaarden zoals die in het verslag van het gesprek van 24 mei 2004 waren geformuleerd blijven onveranderd van toepassing. Dit geldt ook voor de laatste zin van dat verslag: bij het niet voldoen aan de gestelde voorwaarden zal de inspectie aan het regionaal tuchtcollege een verzoek doen voor uitschrijving uit het BIG-register;
- d. de inspectie vormt zich een oordeel over de geschiktheid tot werkhervatting en de voorwaarden die daaraan verbonden zijn en zal dit op korte termijn [cursivering RJH] na ontvangst van de gegevens onder 1. en 2. aan dr. Jansen laten weten.

Op 28 juli 2005 ontving de inspectie het door dr. Jansen ondertekende exemplaar van het verslag van het op 7 juli gevoerde gesprek. De contactgegevens van de psychiater die dr. Jansen zou begeleiden ontbraken echter. Met een op 14 september 2005 gedateerde brief informeerde dr. Jansen de inspectie op 14 augustus 2005 over de naam en het adres van zijn psychiater. Het betrof een oud-collega van dr. Jansen uit het Medisch Spectrum Twente waarmee hij in zijn periode als neuroloog gezamenlijk spreekuur had gehouden.²⁰⁶ Op 5 oktober 2005 was van de psychiater nog steeds geen reactie ontvangen op het verzoek van de inspectie om antwoord op de vraag: “of de heer E.N.H. Jansen bij u onder psychiatrische of psychotherapeutische begeleiding staat?”²⁰⁷ De inspectie nam die dag weer schriftelijk contact met deze psychiater op. Op 24 oktober 2005 belde dr. Jansen met inspecteur Nugteren. Dr. Jansen was bezig om contacten te leggen om te kunnen solliciteren (zie 4.7.1.5). De inspectie kon hem echter nog steeds geen toestemming geven om te solliciteren: “zich oriënteren is geen probleem.” Het wachten was op bericht van zijn psychiater.²⁰⁸ Dat bericht liet niet lang meer op zich wachten. Op 31 oktober 2005 ontving de senior inspecteur een éénregelige brief van de psychiater: “sinds begin juli 2005 is de heer E.N.H. Jansen bij mij in psychiatrische behandeling.”²⁰⁹ Op 24 november 2005 reageerde de senior inspecteur op dit briefje en verzocht om antwoorden op de volgende vragen:

1. bent u op de hoogte van de eerdere verslavingsproblematiek van de heer Jansen?
2. begeleidt u hem bij deze problematiek, teneinde het risico op recidief te voorkomen?
3. voert u onaangekondigde urine- en/of bloedonderzoek uit?
4. zo ja, wilt u ons hierover rapporteren?²¹⁰

201 Brief van W.A.H. Nugteren aan psychiater. Zwolle 24 december 2004, kenmerk 400036(M04039)WN/ihe

202 Brief van psychiater aan de heer W.A.H. Nugteren. Oldenzaal 7 januari 2005.

203 Brief van W.A.H. Nugteren aan psychiater. Zwolle 20 januari 2005, kenmerk 05-01030(M04039)WN/ihe

204 Telefoonnotitie van WN (W.A.H. Nugteren) over gesprek met dr. Jansen, 16 maart 2005 om 15,59 uur

205 Verslag van het gesprek met E.N.H. Jansen, neuroloog. Zwolle 7 juli 2005

206 Deze informatie is vertrouwelijk gemeld bij de commissie.

207 Brief van W.A.H. Nugteren aan psychiater. Zwolle 5 oktober 2005, kenmerk 35646(M04039)WN/ihe

208 Telefoonnotitie van gesprek met de heer E.N.H. Jansen van 24 oktober 2005 om 12.45 uur.

209 Brief van psychiater aan de heer W.A.H. Nugteren. Enschede 31 oktober 2005

210 Brief van W.A.H. Nugteren aan psychiater. Zwolle 24 november 2005, kenmerk 0546604(M04039)WN/wm

In het antwoord van de psychiater kwam naar voren dat de psychiater op de hoogte was van de problematiek waarmee dr. Jansen had geworsteld, maar:

“Het lijkt mij niet passend als behandelend psychiater de rol van controlerend geneesheer in de richting van de IGZ te vervullen. Bij verdenking op recidive zal ik controles uitoefenen, maar ik ben van mening dat het niet in de lijn en de aard van de behandeling ligt u hierover te rapporteren. Collega Jansen is op de hoogte van de inhoud van deze brief. In de toekomst zijn zoals gebruikelijk, mededelingen aan derden, in dit geval de IGZ, over de inhoud van de contacten van mij als behandelend psychiater met een patiënt niet aan de orde voor mededeling.”²¹¹

Dr. Jansen, die dus op de hoogte was van de inhoud van de brief van zijn psychiater, belde op 3 januari 2006 met de inspectie. In dat gesprek deelde de heer W.A.H. Nugteren mee dat hij “van begeleidend psychiater afdoende bericht” had ontvangen.²¹² De senior inspecteur zegde het volgende aan dr. Jansen toe:

“Ik schrijf hem brief waarin de voorwaarden zoals eerder vastgesteld nog eens worden opgesomd. Hij kan te zijner tijd nog een uitnodiging voor gesprek verwachten. Controle kunnen we op onze wijze wel regelen. Hij gaat solliciteren.”

4.7.1.3. Geen terugkeer van dr. Jansen in het Medisch Spectrum Twente

Een terugkeer van dr. Jansen naar het Medisch Spectrum Twente was niet aan de orde. In de zogeheten vaststellingsovereenkomst tussen de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente en dr. Jansen was reeds bepaald dat hij werd “vrijgesteld van werkzaamheden als neuroloog in het Medisch Spectrum Twente”. Bovendien ambieerde dr. Jansen geen terugkeer naar de vakgroep.²¹³ Aan deze voorwaarde werd dus voldaan.

4.7.1.4. Op grond van de eerste twee maatregelen zou de inspectie beoordelen “of voldoende waarborgen voor verantwoorde zorg door dr. Jansen als arts aanwezig zijn.”

Op 3 januari 2006, dezelfde dag waarop dr. Jansen en de senior inspecteur elkaar telefonisch spraken, gaf de inspectie per brief het groene licht voor de werkhervatting van dr. Jansen.²¹⁴ De heer Nugteren bevestigde dat hij inmiddels bericht had ontvangen van de begeleidende psychiater en dat hij begrip had dat zij het als behandelend psychiater niet passend vond de rol van controlerend geneesheer in de richting van de inspectie te vervullen. De heer Nugteren heeft de commissie laten weten dat dit binnen het inspectiecluster Noordoost is besproken en dat het hier een oneigenlijke afspraak betreft die dus eerder niet had moeten zijn vastgelegd.²¹⁵

Onder het voorbehoud dat de verzekeraar geen onregelmatigheden zou constateren bij het voorschrijven van medicijnen voor eigen gebruik kon de inspectie instemmen met werkhervatting. Dr. Jansen had de inspectie immers laten weten “dat er geen sprake is geweest van enige prescriptie [...] in het afgelopen jaar.” De toestemming om weer te gaan solliciteren was gebonden aan vier voorwaarden:

1. zodra dr. Jansen ergens aan het werk zou gaan, zou hij dit vooraf melden aan de inspectie. Bovendien zou hij de instelling inlichten over de problematiek waar hij mee te maken had gehad;
2. dr. Jansen zou zich wat prescriptiegedrag betreft transparant opstellen voor de inspectie;
3. mocht de behandeling bij de begeleidende psychiater worden beëindigd, dan zou dr. Jansen dat melden bij de inspectie;
4. als niet aan deze voorwaarden zou worden voldaan, dan zou de inspectie zaak voorleggen aan het tuchtcollege.

De brief werd afgesloten met het uiten van de beste wensen voor succes bij de komende sollicitaties: “ik voorzie tevens dat de inspectie in de komende maanden u nog eens voor een gesprek over de stand van zaken zal uitnodigen.” Dit gesprek heeft volgens de heer Nugteren niet meer plaatsgevonden omdat dr. Jansen niet meer werkzaam was in Nederland. Wel heeft hij nog telefonisch contact met dr. Jansen gehad.²¹⁶

²¹¹ Brief van psychiater aan de heer W.A.H. Nugteren. Enschede 8 december 2005

²¹² Telefoonnotitie van gesprek met E.N.H. Jansen op 3 januari 2006 om 14.22 uur

²¹³ Artikel 1 van de Vaststellingsovereenkomst. Verslag van het gesprek met de heer E.H. Jansen Steur op maandag 24 mei 2004. Arnhem 4 juni 2004, kenmerk 0402054(M04039)/WN/w

²¹⁴ Brief van W.A.H. Nugteren aan de heer E.N.H. Jansen. Zwolle 3 januari 2006, kenmerk 0546604(M04039)/WN/wm

²¹⁵ Gesprek van de commissie met dr. W.A.H. Nugteren, Den Haag 4 maart 2010

²¹⁶ Ibidem

4.7.1.5 Als deze beoordeling positief zou zijn, zou dr. Jansen zich verplichten om “zodra hij als arts ergens aan het werk gaat (bij een instelling of als zelfstandig ondernemer) hij dit vooraf meldt aan de inspectie. Tevens meldt dr. Jansen de doorgemaakte problematiek aan de directie van de instelling of aan de werkgever. De inspectie kan daartoe informatie inwinnen bij betrokken directie of werkgever.”

Op 19 oktober 2005 liep mevrouw drs. I.J.M. Harms, adviserend geneeskundige van zorgverzekeraar Menzis, professor dr. Thomas Mokrusch van de Hedon-Klinik in Lingen (Duitsland) tegen het lijf. Dr. Mokrusch vertelde haar dat dr. Jansen bij zijn kliniek had gesolliciteerd en vroeg haar of ze iets kon vertellen over deze neuroloog. Op dat laatste ging zij niet in, maar wel lichtte ze de inspectie telefonisch in.²¹⁷ Haar argwaan jegens dr. Jansen had een duidelijke achtergrond. Eerder in 2005 had zij een materiële controle uitgevoerd en onregelmatigheden aangetroffen die betrekking hadden op het voorschrijven van medicijnen en het bijhouden van dossiers. Zie hiervoor 4.5.

Vijf dagen later, op 24 oktober 2005, vond een telefonisch gesprek plaats tussen dr. Jansen en senior inspecteur Nugteren. Dr. Jansen liet weten dat hij graag weer aan de slag wilde en dat hij contacten had gelegd om te kunnen solliciteren. Bij het Ruwaard van Putten ziekenhuis in Spijkenisse had hij te horen gekregen dat ze hem daar niet wilden hebben. Een paar weken eerder waren in *Tubantia* en in *De Telegraaf* artikelen verschenen over claims die oud-patiënten hadden ingediend omdat ze een verkeerde diagnose hadden gekregen. Over de sollicitatie in de Duitse kliniek werd in dit telefoongesprek niet gesproken.

Op 21 maart 2006 bracht dr. Jansen de inspectie op de hoogte van een al vergevorderde sollicitatie bij het Sankt Georg Krankenhaus in Schmallenberg.²¹⁸ Hij had de directeur van het ziekenhuis, dr. H. Knoche, “eerlijk en in alle openheid meegedeeld dat ik een verleden heb van verslavingsproblematiek en daaruit voortgevloeide ernstige beroepsproblemen.” Drie maanden later, op 21 juni 2006, nam de senior inspecteur telefonisch contact met dr. H. Knoche en hoorde van hem dat dr. Jansen bij zijn sollicitatie had verteld over een ‘burn-out’ in 2001. Dat was “geheel opgelost”. Van een verslavingsprobleem had dr. H. Knoche niets vernomen.²¹⁹ Nog dezelfde dag ging een brief op poten naar dr. Jansen: “gaarne ontvang ik per omgaande een nadere, schriftelijke toelichting van u op deze bevinding”.²²⁰

Op 10 juli 2006 schreef dr. Jansen aan de inspectie dat hij bij zijn sollicitatie wel degelijk over zijn vroegere problemen met het voorschrijven en de inname van medicijnen had gesproken. Het ging om een episode van ‘Regressschädigung’ die gepaard was gegaan met “Schlafstörungen, Kognitive Beschwerden, Psychische Beschwerden, Substanzgebrauch: pathologische Medikamenten-Konsum, Demotivation, Psychosoziale Destabilisierung und Ausgebranntsein”.²²¹ In zijn brief meldde dr. Jansen dat hij een kopie van zijn brief aan dr. H. Knoche zou toezenden. Op 19 juli 2006 meldde de heer W.A.H. Nugteren dat “de inspectie tevreden is met de informatie die u hiermee hebt gegeven en zal daarom uw dossier sluiten”.²²² De inspectie heeft niet geverifieerd of dr. Knoche ook daadwerkelijk een afschrift van deze brief heeft ontvangen: dit ligt niet binnen het werkveld van de inspectie.²²³

In januari 2009 ontdekten journalisten dat dr. Jansen in een privékliniek in Bad Laasphe werkzaam was. De inspectie was niet op de hoogte van verandering van werkgever in Duitsland. Volgens de heer Nugteren was dit ook niet opgenomen in de afspraken van de inspectie met dr. Jansen. Die hadden immers volgens hem uitsluitend betrekking op Nederland.²²⁴

217 Telefoonnotitie van gesprek met mevrouw drs. I.J.M. Harms op 19 oktober 2005 om 16.56 uur

218 Brief van dr. E.N.H. Jansen aan de heer W.A.H. Nugteren. Enschede 21 maart 2006.

219 Telefoonnotitie van gesprek met dr. H. Knoche op 21 juni 2006 om 12.24 uur

220 Brief van W.A.H. Nugteren aan dr. E.N.H. Jansen. Zwolle 21 juni 2006, kenmerk 12234(M04039)WN/ihe. De brief is abusievelijk gedateerd op 61 juni 2006. In zijn reactie liet dr. Jansen weten dat hij de brief van de inspecteur van “61 juni 2006 in goede orde” had ontvangen.

221 Brief van dr. E.N.H. Jansen aan de heer W.A.H. Nugteren. Enschede 10 juli 2006

222 Brief van W.A.H. Nugteren aan dr. E.N.H. Jansen. Zwolle 4 augustus 2006, kenmerk 27367(M04039)WN/ihe

223 Gesprek van de commissie met dr. W.A.H. Nugteren, Den Haag 4 maart 2010

224 Ibidem

4.7.1.6 Wat “prescriptiegedrag” betreft zou dr. Jansen zich transparant opstellen en meewerken aan een controle

Dat dr. Jansen weinig scrupules kende bij het voor zichzelf voorschrijven van medicijnen (Dormicum® 15mg en Temazepam® 20mg) was over een lange periode bij velen, ook bij de inspectie, bekend. Op 7 mei 2003 wist de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente dat dr. Jansen “rommelde” met medicijnen. Op 18 november 2003 nam de Centrum Apotheek in Enschede contact op met de inspectie over de “overconsumptie” van dr. Jansen wat betreft Dormicum® 15mg. Op 15 juli 2004 legde adjunct-inspecteur D. Kroese in een rapport vast dat dr. Jansen Temazepam® 20mg voor zichzelf voorschreef op recepten voor een niet bestaande patiënt. Eerder had hij receptenpapier van de polikliniek neurologie en van één van zijn collega's gebruikt om voor zichzelf Dormicum® 15mg voor te schrijven.

Vanwege deze voorgeschiedenis lag het voor de hand dat de senior inspecteur in de aan dr. Jansen gestelde voorwaarden afspraken over het ‘prescriptiegedrag’ van deze medisch specialist opnam. Maar hoe hield de inspectie toezicht op de naleving van deze afspraak, die op 24 mei 2004 werd gemaakt met dr. Jansen? In eerste instantie uiteraard via de eerder beschreven afspraken over een onderzoek door een onafhankelijke psychiater en de begeleiding door een psychiater die dr. Jansen zelf zou kiezen. In de voorgaande paragrafen is gewezen op de waarschuwing van de onafhankelijke psychiater voor een terugval als dr. Jansen weer als arts in de buurt van medicijnen zou komen te verkeren.

Wat de begeleiding door de psychiater die dr. Jansen zelf koos betreft, valt het nodige aan te merken. Redenen genoeg voor de inspectie om op dit vlak de touwtjes strak in eigen hand te houden. Het duurde echter tot 25 november 2005 voordat de inspectie bij de verzekeraar navraag deed naar in 2005 door dr. Jansen uitgeschreven recepten.²²⁵ Een reactie van Menzis op deze brief heeft de commissie-Hoekstra niet, maar uit een brief van de inspectie aan dr. Jansen kan wel worden afgeleid dat “het onderzoek door de verzekeraar Amicon [een van de rechtsvoorgangers van Menzis: RJH] geen nieuwe feiten heeft opgeleverd.”²²⁶

Los van het feit dat de uitkomsten van het onderzoek van Menzis niet als primaire bron zijn te bestuderen, was het onderzoek van Menzis ‘mosterd na de maaltijd’. Op 3 januari 2006 had inspecteur Nugteren dr. Jansen toestemming gegeven te solliciteren en terug te keren als neuroloog op zijn oude vakgebied.

4.7.1.7 Onderzoek van de inspectie in het Medisch Spectrum Twente bij dossiers van dr. Jansen in overleg met de raad van bestuur

De inspectie heeft geen dossiers van dr. Jansen in het Medisch Spectrum Twente onderzocht. Aan deze voorwaarde werd dus niet voldaan. Dit is overigens niet het gevolg van gebrek aan medewerking van dr. Jansen, maar de inspectie heeft deze voorgenomen maatregel zelf niet ter hand genomen. Het dossieronderzoek zou naar de mening van de inspectie aan belang winnen als dr. Jansen weer aan de Nederlandse normen zou moeten voldoen. Van verslaving was naar de mening van de inspecteur geen sprake meer en voor de inspectie bestond geen aanleiding zijn gedrag in het buitenland te beoordelen.²²⁷

4.7.1.8 Voldeed dr. Jansen aan de aan werkhervatting gestelde voorwaarden?

De waarschuwing van de door de inspectie ingeschakelde onafhankelijke psychiater over het risico van nieuw ongeoorloofd misbruik van medicijnen werd voor kennisgeving aangenomen. Dat de rapportage bijna een jaar na het maken van deze afspraak ter kennis van de inspectie werd gebracht is opmerkelijk.

Pogingen om via de psychiaters en psycholoog die dr. Jansen had aangezocht na te gaan of hij weer in staat zou zijn als neuroloog te functioneren, stuitten telkens af op een barrière: fout adres, onjuist geadresseerde, nietszeggende en in alle gevallen met dr. Jansen afgestemde antwoorden.

Een als onderdeel van de maatregelen aangekondigd onderzoek naar de dossiers van dr. Jansen in het Medisch Spectrum Twente heeft nimmer plaatsgevonden.

225 Brief van W.A.H. Nugteren aan mevrouw drs. I.J.M. Harms (Menzis). Zwolle 25 november 2005, kenmerk 0546604(M04039)WN/vn

226 Brief van W.A.H. Nugteren aan de heer E.N.H. Jansen. Zwolle 14 maart 2006, kenmerk 10511(M04039)WN/mbk. De brief van Menzis aan de inspectie is niet in het dossier van de inspectie aangetroffen.

227 Gesprek van de commissie met dr. W.A.H. Nugteren, Den Haag 4 maart 2010

Waarschuwingen van de zorgverzekeraar Menzis over het gebruik van de u-bochtconstructie, het voorschrijven van medicijnen voor eigen gebruik en het niet naar behoren bijhouden van medische dossiers werden aanvankelijk serieus genomen. De inspectie zou hiernaar een onderzoek instellen. Dit voornemen verdampte. Een onderzoek, waaronder begrepen een op schrift gesteld verslag van bevindingen en conclusies, is nimmer verschenen.

Onderzoek naar het voorschrijfgedrag van dr. Jansen werd niet afgewacht. Dr. Jansen kreeg al ruim voordat de zorgverzekeraar zijn bevindingen aan de inspectie kon melden te horen dat hij weer aan de slag kon.

In zijn gesprek van de commissie heeft de heer Nugteren erop gewezen dat alle meldingen, veranderingen in de meldingen, nieuwe feiten en vragen aan de orde kwamen in het regelmatig op maandagochtend gehouden clusteroverleg van de regio noordoost van de inspectie. Hier werden ook de aanpak en voorbereiding van gesprekken met dr. Jansen voorbesproken en afgestemd. Dit is voor de commissie aanleiding geweest voor het onderstaande overzicht van clusteroverleggen waarin dr. Jansen ter sprake is gekomen in de periode 2004-2005:

Tabel 4.7.1.8. Clusteroverleggen waarin dr. Jansen ter sprake kwam

Datum	Aanleiding	Inhoud
22 maart 2004	Vraag van De Telegraaf	Directie is om nadere info gevraagd
29 maart 2004	Verslag vorig overleg	A. Schoenmaker gaat gesprek met hem aan met als doel: uit BIG
19 april 2004	Ontslag wegens opiummisbruik	IGZ start onderzoek
14 juni 2004	Neuroloog is op gesprek geweest	Dirk Kroese zal onderzoeken of JS op de dag van dit gesprek bij een apotheker een recept heeft aangeleverd op naam van een patiënt ten behoeve van zichzelf (reeds tweemaal eerder pleegde hij valsheid in geschrifte!)
21 juni 2004	Melding MST	Neuroloog kan niet van de medicijnen afblijven. Sinds december heeft hij zich ziek gemeld en is onder behandeling. Tot oktober 2005 zal hij doorbetaald worden. Hij kan niet meer terug naar het MST. Na een gesprek met de arts te hebben gehad verklaarde hij dat hij weer gezond is en heeft het verslag ondertekend. Voorstel IGZ is om de neuroloog te laten uitschrijven uit BIG. Onafhankelijk onderzoek door een psychiater laten uitvoeren, wordt door de arts zelf betaald. De IGZ mag informatie opvragen.
6 september 2004	Brief van de heer Hollander	IGZ reageert niet meer om verdere escalatie te voorkomen
23 mei 2005	Rapport psychiater: advies is werkhervatting onder voorwaarden	W. Nugteren zal dit afhandelen en dr. Jansen uitnodigen voor een gesprek
8 augustus 2005	Lopende zaken	Melding over medicatieafhankelijkheid, medicatieontvreemding en onvolledige dossiervorming
17 oktober 2005	Bij MST gesproken over neuroloog Jansen	Tevens met voorlichting, Lilian Jansen, gesproken over het feit dat er één keer in 2001 een klacht was ingediend over het niet goed bijhouden van dossier/diagnose gemist van deze arts. Verder zijn er geen meldingen ontvangen. Nu nog geen reden voor het starten van tuchtzaak
31 oktober 2005	Lopende zaken	J stelde verkeerde diagnoses en is verslaafd. Per 1 oktober 2005 niet meer in dienst van het MST. Mag niet meer werken, alleen na begeleiding door een psychiater. Hij werkt nu bij psychiatrische inrichting in Pijnacker. Hij mag zich wel oriënteren maar beslist niet werken.
14 november 2005	Correctie in het verslag vorig overleg	Hij solliciteerde in Spijkenisse in plaats van: Hij werkt nu bij een psychiatrische inrichting in Pijnacker

De commissie constateert dat rondom 24 mei 2004, de dag waarop met dr. Jansen werd gesproken en afspraken tussen hem en de inspectie werden gemaakt, dr. Jansen in het clusteroverleg ter sprake is gekomen op 19 april en 14 juni 2004. In het gesprek van de commissie met toenmalig senior inspecteur Nugteren heeft deze de commissie op het volgende gewezen:

“De regionale inspectie heeft niet gerapporteerd aan de Hoofdinspectie: het onderwerp kwam wel een keer aan de orde in het maandelijks (FIO) inspectieoverleg. De melding over dr. Jansen betrof een melding over een arts verslaafd aan slaapmiddelen. De bespreking heeft geen verandering gebracht in het beleid in de betreffende casus. De heer Edgar was meestal aanwezig bij het FIO overleg. Het is gebruik in de regio vrij zelfstandig de zaken in de regio op te lossen. Er was op basis van de melding over dr. Jansen geen politiekgevoelige meldingsdrang waardoor de zaak breder/hoger gemeld had moeten worden.”

Een verslag van het FIO-overleg waarin over dr. Jansen is gesproken is niet gevonden in het archief van de inspectie.²²⁸

4.7.2. De meldingen

4.7.2.1 De eerste klacht van mevrouw G.M. Damink-Huisman van 8 september 2000 (M01032)

Door de eerste klacht van mevrouw Damink-Huisman verkreeg de inspectie informatie over de niet naar behoren uitgevoerde dossiervoering door dr. Jansen. Om dit probleem te verhelpen waren in de klachtenprocedure aanbevelingen gedaan die de raad van bestuur had overgenomen en in een brief aan dr. Jansen had vastgelegd. De inspectie zou “de zaak blijven volgen”. Het ging met name om de uitvoering van de conclusies en aanbevelingen van de klachtencommissie. Het is bij dit voornemen gebleven: na intrekking van de tweede klacht en de stopzetting van de procedure bij het tuchtcollege heeft de inspectie deze kwestie niet meer opgebracht bij de raad van bestuur en/of dr. Jansen.

4.7.2.2. De tweede klacht van mevrouw G.M. Damink-Huisman van 13 juli 2001 (M01032)

Bij de tweede klacht van mevrouw Damink-Huisman ging het om het onderzoeken van haar bloed zonder haar instemming. Na intrekking van deze klacht en stopzetting van de procedure bij het tuchtcollege in november 2001 heeft de inspectie geen navraag gedaan bij de raad van bestuur naar de schaal waarop dr. Jansen dit onderzoek uitvoerde en naar de zorgvuldigheid die hij bij dit onderzoek in de richting van zijn patiënten betrachtte. Eerder had de inspectie al in 1997 signalen ontvangen dat dr. Jansen bij dit soort onderzoeken niet de zorgvuldigheid in acht nam die van hem als medisch specialist en medisch onderzoeker mocht worden verwacht.

4.7.2.3. De klacht van de heer A. Hollander van 14 januari 2002 (M02022)

De klacht van de heer Hollander werd door de klachtencommissie op één enkel onderdeel na ongegrond verklaard, maar de inspectie had en behield na de uitspraak sterke twijfels over de gang van zaken bij de indicatie, de afstemming en overdracht van de zorg voor de patiënt. Op dit laatste punt zou de inspectie een plan van aanpak aan de raad van bestuur vragen en deze problematiek “blijvend aan de orde stellen om te komen tot structurele verbeteringen.”²²⁹ Ook in dit geval verdween al heel snel de toegezegde aandacht van de inspectie voor het in de gaten houden van de voortgang van de in het vooruitzicht gestelde “structurele verbeteringen”. Bij de raad van bestuur werd op dit vlak nimmer navraag gedaan.

4.7.2.4. Signalen over spanningen in de vakgroep neurologie (jaren negentig)

In de loop van de jaren negentig ving de inspectie enkele malen signalen op over spanningen binnen de vakgroep neurologie van het Medisch Spectrum Twente. Daarbij was het functioneren van dr. Jansen een vast punt. Bij haar eerste reguliere overleg met de raad van bestuur noteerde inspecteur mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema in haar verslag dat dr. Jansen “een vreemde vogel [is], waar ik nog wel meer over zal horen.”²³⁰ Toen in 2004 een van haar oud-collega's de naam van dr. Jansen hoorde, stond ze “op scherp: Jansen Steur triggerde iets.”²³¹

4.7.2.5. Melding apotheker over grootverbruik van Dormicum® 15mg door neuroloog (18 november 2003)

Op 18 november 2003 nam een van de apotheken in Enschede contact op met de inspectie. Die maand was “een neuroloog” al voor de vierde keer bij de apotheek op recept veertig stuks Dormicum® 15 mg komen ophalen voor

228 E-mail van mevrouw A.M. van Gunsteren aan dr. H.P.M. Kreemers van 23 maart 2010 om 17.46 uur.

229 Brief van mevrouw A.H. Schoenmaker-Miedema aan de heer A. Hollander. Arnhem 17 oktober 2003, kenmerk AS/WM 0305588 FU M02022

230 Verslag regulier overleg MST te Enschede 20 maart 2001

231 Deze informatie is vertrouwelijk gemeld bij de commissie.

eigen gebruik. De inspectie deed geen andere naspeuringen, zoals het leggen van verbanden met andere meldingen en klachten waaraan de naam van dr. Jansen was verbonden, omdat ervan werd uitgegaan dat dit de eerste melding over grootschalig gebruik van Dormicum® was.²³²

Hoogst onzeker is het of de inspectie bij de apotheek na verloop van tijd navraag heeft gedaan of het verslavingspatroon van de neuroloog werd voortgezet. Mogelijk dat de coördinator navraag heeft gedaan. De betrokken medewerker van de inspectie kan zich niet herinneren of nog een tweede telefoongesprek is gevoerd met de apotheker. Wel heeft hij zijn coördinator op de hoogte gebracht van deze melding, maar zolang het bij één melding blijft leidt zo'n eerste melding niet tot vervolgacties. Hij kan zich niet herinneren of hij met een van de inspecteurs in de regio contact heeft opgenomen. De achterzijde van het meldingsformulier zou hierover uitsluitsel kunnen verschaffen, maar deze achterzijde ontbreekt op het exemplaar van de melding dat in het archief van de inspectie aanwezig is.²³³

Op 14 juli 2004 bezocht de inspectie een tweede apotheek in Enschede en stuitte daar op recepten van dr. Jansen waarin hij op naam van een fictieve patiënt medicijnen voor zelfgebruik had voorgeschreven. Een van de recepten was op 24 mei 2004 uitgeschreven. Die datum viel in een telefoongesprek van de inspectie met het openbaar ministerie. Zou sprake zijn van strafbare feiten gepleegd ná 24 mei 2004, dan zou de inspectie aangifte doen.

4.7.2.6. Twee (anonieme) telefonische berichten van collega (over neuroloog) december 2003-begin 2004

Een collega van dr. Jansen heeft in december 2003 en begin 2004 twee keer de inspectie in Haarlem gebeld. De commissie heeft vertrouwelijk met de anonieme beller gesproken. De beller heeft het de inspectie niet makkelijk gemaakt door voor anonimiteit te kiezen en ook nog eens met een vestiging te bellen ver weg van de regio waar sprake was van ernstig disfunctioneren van een collega van deze beller. Maar hier moet aan worden toegevoegd dat blijkens de mededelingen van de beller de inspectie ook geen moeite deed om de anonieme beller mogelijkheden te bieden zijn identiteit bij de inspectie bekend te maken. Beide anonieme meldingen zijn overeenkomstig het binnen de inspectie geldende beleid niet geregistreerd. De anonieme beller meent zich te herinneren met een medewerker van de inspectie met de naam Blo(c)k te hebben gesproken.²³⁴ Op verzoek van de commissie heeft de inspectie nagegaan of in de bedoelde tijdsperiode een medewerker met de naam (Blok of Block) werkzaam is geweest bij de inspectie op het regiokantoor in Haarlem. Voor zover de inspectie dat heeft kunnen nagaan, is dat niet het geval geweest.²³⁵

De twee anonieme meldingen hebben tot niets geleid. De inspectie kreeg pas via een journalist van De Telegraaf informatie die leidde tot contact met de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente. Toen kreeg de inspectie te horen dat dr. Jansen met ziekteverlof was en dat aan een vertrekregeling werd gewerkt.

4.7.2.7. Melding van een journalist op 10 maart 2004

De melding die binnen de inspectie de aanpak van dr. Jansen in beweging bracht kwam van een journalist van De Telegraaf. Zowel de raad van bestuur als de inspectie bezwoeren de journalist dat geen sprake was van opiatenverslaving. Publicatie bleef uit, maar desalniettemin kwam de inspectie in beweging. Aanvankelijk werd nog gewacht op maatregelen van de raad van bestuur. Pas toen de inspectie het gevoel kreeg daar aan het lijntje te worden gehouden zette de inspectie in op "een eigen traject".

232 Telefoonnotitie van Wilfred Mijnheer, e-mail van drs. F.W. Mijnheer aan mevrouw H. Chetouani van 18 november 2003 om 16.21 uur. Telefoongesprek van drs. F.W. Mijnheer met dr. H.P.M. Kreemers op 10 februari 2010 om 16.10 uur

233 Brief van mevrouw A.M. van Gunsteren aan mr. R.J. Hoekstra. Utrecht 18 februari 2010, kenmerk IGZ-U-2010-222370: "De heer Kreemers vroeg ons per mail dd 01-02-2010 om de tweede pagina van een telefoonnotitie dd 18-11-2003 op te zoeken (dit document is dd 29-01-2010 aan u verzonden en staat op de bijlage bij het Wob-besluit aangeduid als nummer 32). Deze pagina zit niet in het dossier."

234 Deze informatie is vertrouwelijk gemeld bij de commissie.

235 "De heer Kreemers vroeg ons per e-mail van 5 februari 2010 om in contact te komen met de heer Blok of Block die eind 2003, begin 2004 werkzaam was bij IGZ Haarlem. Noch in ons digitale systeem noch in het archief in Steenbergen, waar de oudere personeelsdossiers liggen opgeslagen, zijn gegevens aangetroffen over een heer Blo(c)k die in genoemde periode in Haarlem in dienst van de IGZ zou zijn geweest. Mogelijk betrof het een uitzendkracht of een andersoortig dienstverband. Om die reden is bij medewerkers die in die tijd werkzaam waren in Haarlem nagevraagd of zij een heer Blok of Block kenden, maar niemand kan zich de heer Blo(c)k herinneren". Brief van mevrouw A.M. van Gunsteren aan de Commissie-Hoekstra van 16 maart 2010, kenmerk IGZ-U-2010-227548

4.7.2.8. Melding van verzekeraar Menzis op 16 en 19 april 2004

Bij Menzis triggerde de naam van dr. Jansen een medewerker die in het verleden wel eens van problemen met deze neuroloog had vernomen. De materiële controle leverde op dat Menzis de raad van bestuur en de inspectie inlichtte over misstanden bij het voorschrijven van medicijnen door dr. Jansen. Voor de inspectie was dit reden om een onderzoek aan te kondigen, maar bij deze aankondiging is het gebleven.

4.7.2.9. Brief van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente van 20 april 2004

Op 20 april lichtte de raad van bestuur de inspectie in over de vertrekregeling van dr. Jansen. De inspectie had niet afgewacht en voerde op 24 mei 2004 een gesprek met dr. Jansen waarin voorwaarden aan een eventuele werkhervatting werden gesteld. Zou niet aan deze voorwaarden worden voldaan dan zou via het tuchtcollege uitschrijving uit het BIG-register worden afgedwongen. Hoewel niet aan alle voorwaarden is voldaan, kreeg dr. Jansen van de inspectie toestemming te solliciteren naar functies als neuroloog. De dreiging met een tuchtklacht verdween op die manier naar de achtergrond.

4.7.3. Wist de inspectie op 4 augustus 2004 genoeg om tot maatregelen over te gaan?

Op 4 augustus 2004 om 14.12 uur sprak senior inspecteur W.A.H. Nugteren telefonisch met officier van justitie mr. G. Dam van het Openbaar Ministerie in Almelo. De inspecteur legde aan de officier van justitie twee casussen voor. De eerste had betrekking op het overlijden van een patiënt in het Medisch Spectrum Twente waarbij weliswaar sprake was van structurele problemen in het ziekenhuis, maar ook met en in de relatie tot de huisarts van de patiënt. De tweede casus was geanonimiseerd en betrof een verslaafde arts [dr. Jansen: RJH]. De heer Nugteren heeft in zijn gesprek met de commissie erop gewezen dat hij de naam van dr. Jansen bewust niet heeft genoemd, omdat anders in feite al sprake zou zijn van een melding en aangifte.²³⁶ Deze verslaafde arts had valsheid in geschrifte gepleegd voor het verkrijgen van medicatie, stond inmiddels op non-actief en liet zich behandelen. De vraag van de inspectie aan het openbaar ministerie was of het nog zinvol en nodig was om aangifte te doen. Hierbij werd in het telefoongesprek als peildatum het gesprek van de inspectie met dr. Jansen op 24 mei 2004 gebruikt. Nadien zou geen sprake zijn geweest van strafbare feiten.

De officier van justitie vond de lijn van de inspectie goed en er was geen reden tot actie naar en door het openbaar ministerie. “Wel dient onmiddellijk aangifte te volgen als blijkt dat na het gesprek (dat we 24 mei 2004 op inspectie met deze specialist hadden) opnieuw vervalsing met recepten plaats heeft gevonden”, zo schreef senior inspecteur W.A.H. Nugteren in zijn verslag.²³⁷ Of over deze aanpak binnen de inspectie overlegd is, heeft de commissie niet kunnen vaststellen. Voor zover de commissie heeft kunnen nagaan is in het werkoverleg op 19 april 2004 en in het werkoverleg van 14 juni 2004 over dr. Jansen gesproken, maar niet in de tussenliggende periode. Nadat adjunct-inspecteur Kroese op 15 juli 2004 zijn rapport had opgesteld over vier vervalste recepten is “intern besproken of aangifte nog in de rede lag, nu reeds een traject met de heer Jansen was afgesproken. Besloten werd deze vraag eerst eens geanonimiseerd aan het openbaar ministerie voor te leggen.”²³⁸

Op 26 januari 2009 nam de hoofdofficier van justitie in Almelo contact op met de inspectie. Aanleiding was de landelijke berichtgeving over het disfunctioneren van dr. Jansen. De vraag van de hoofdofficier van justitie aan de inspectie was hoe het telefoongesprek op 4 augustus 2004 was verlopen. De heer W.A.H. Nugteren herhaalde wat hierboven is weergegeven, maar voegde eraan toe dat bij de afweging in het telefoongesprek van 4 augustus 2004 om tot vervolging over te gaan speelde of er klachten tegen de neuroloog liepen: “behalve de klacht over 2000 [klacht van mevrouw Damink-Huisman: RJH] is er bij inspectie geen enkele andere klacht van patiënten van Jansen geweest. Ziekenhuis heeft gezegd dat er foute diagnoses waren gesteld maar dat dat door de andere neurologen met de betrokken patiënten is besproken en dat de behandeling is aangepast. Ging in die periode om drie klachten waarvan een claim.”^{239 240} Deze mededelingen komen niet voor in het oorspronkelijke verslag van het telefoongesprek van 4 augustus 2004.

²³⁶ Gesprek van de commissie met dr. W.A.H. Nugteren, Den Haag 4 maart 2010

²³⁷ Verslag van telefoongesprek tussen mr. G. Dam en W.A.H. Nugteren op 4 augustus 2004 om 14.12 uur

²³⁸ E-mail van mevrouw mr. E.L. Lodeweges-Hulscher aan dr. H.P.M. Kreemers van 16 maart 2010 om 10.56 uur

²³⁹ Telefoonnotitie van gesprek van W.A.H. Nugteren met mr. B.W.M. Hendriks van 26 januari 2009 om 15.58 uur

²⁴⁰ Op 14 juli 2004 kreeg de heer W.A.H. Nugteren van de heer H. ten Vergert te horen dat er op dat moment nog vier klachten in behandeling waren en inmiddels drie claims waren ingediend. Telefoonnotitie van gesprek van W.A.H. Nugteren met H. ten Vergert op 14 juli 2004 om 14.15 uur

4.7.4. **Wie binnen de inspectie wist wat en wanneer en wat heeft betrokkene met deze informatie gedaan?**

Juist omdat in de nasleep van de publiciteit in 2009 vragen zijn gesteld over enkele medewerkers van de inspectie in andere functies keert deze vraag hier terug. Het gaat bij deze functionarissen om de inspecteur-generaal die van 1 juni 2000 tot 1 februari 2006 met de leiding van de inspectie was belast (de heer Kingma) en om de hoofdinspecteur onder wiens zorg het toezicht op de ziekenhuizen viel (de heer Edgar).

Op 10 maart 2004 (van 13.30 tot 16.45 uur) vergaderde het college van hoofdinspecteurs. Bij deze bijeenkomst waren onder anderen de inspecteur-generaal, dr. J.H. Kingma, en de hoofdinspecteur curatieve gezondheidszorg, drs. P.A.W. Edgar, aanwezig. Voor deze bijeenkomst lag een agenda met vijftien onderwerpen voor. Bij het zevende agendapunt ('Voortgang en nieuwe meldingen, aanwijzingen en tuchtzaken') deelde het hoofd voorlichting van de inspectie, mevrouw F. van ter Beek, mee dat zij telefonisch was benaderd door een journalist van *De Telegraaf* "over een neuroloog uit het Medisch Spectrum Twente die wordt ontslagen omdat hij verslaafd is aan opiaten. De inspectie is hiervan niet op de hoogte. De heer Vesseur [die niet bij deze bijeenkomst aanwezig was: RJH] zal met het ziekenhuis contact opnemen."²⁴¹ Om 15.30 uur sprak senior inspecteur W.A.H. Nugteren telefonisch met de voorzitter van de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente.

Verdere discussie over de mededeling van het hoofd voorlichting vond niet plaats en het college ging over op de behandeling van het volgende agendapunt.²⁴²

Voor de goede orde wijst de commissie erop dat enige tijd voordien sprake was van nog een affaire rond een neuroloog "uit het oosten des lands". Niet uitgesloten is dat dit heeft meegespeeld bij het niet verder doorvragen over deze melding in het College van Hoofdinspecteurs. Op 17 september 2002 had de Almeloise rechtbank de neuroloog H.J.G. van het ziekenhuis Twenteborg in Almelo 130.000 euro boete opgelegd.²⁴³ De inspectie was een onderzoek naar deze neuroloog gestart en haar bevindingen werden in de rechtszaak door de officier van justitie gebruikt.

Op 19 april 2004 nam een journalist van *De Telegraaf* opnieuw contact op met de inspectie.²⁴⁴ De hoofdvraag van de journalist was hoe het nou stond met het onderzoek van inspectie naar de neuroloog in het Medisch Spectrum Twente. Op 29 april 2004 nam het hoofd voorlichting van de inspectie, mevrouw F. van ter Beek, contact op met senior inspecteur W.A.H. Nugteren. Zij vroeg hem: "kan je me al iets meer vertellen over het onderzoek naar de verslaafde neuroloog Jansen Steur in het Medisch Spectrum Twente? Klopt het bijvoorbeeld dat hij tegenwoordig weer in een ander ziekenhuis aan de slag is?"

De senior inspecteur reageerde als volgt:

*"Helaas kan ik je nog niet meer vertellen dan dat het onderzoek loopt. De medewerking van het Medisch Spectrum Twente was traag, maar we hebben nu voor ons eigen onderzoek ook een afspraak met Jansen Steur gemaakt: op 24 mei. Dit komt mede door mijn afwezigheid in mei. Voorzover we weten is hij niet elders werkzaam. Door de raad van bestuur is ons verzekerd dat ze hem niet toestaan elders te werken. Zolang hij nog in dienst is bij het Medisch Spectrum Twente mag hij daarom nergens anders aan de slag. Medisch Spectrum Twente is met hem (en zijn advocaat) in onderhandeling over de voorwaarden [waaronder] hij wel in dienst blijft maar niet werkt tot zijn OBU. Voorzover we nu weten gaat het wat de verslaving betreft niet om morfine of dergelijke middelen, wel om een lichter middel uit de Opiumwet. Via Amicon heb ik begrepen dat Colijn van De Telegraaf her en der zijn informatie probeert te krijgen. Ook Amicon heeft onderzoek gedaan en heeft melding van onvoldoende zorgverlening door hem aan ons gedaan. Dit wordt uiteraard verder onderzocht."*²⁴⁵

Op 24 mei 2004 voerde senior inspecteur Nugteren een gesprek met dr. Jansen. Na dit gesprek werden zeven afspraken aan dr. Jansen voorgelegd. In zijn gesprek met de commissie heeft toenmalig hoofdinspecteur P.A.W. Edgar verklaard dat "de tekst van de eerder genoemde afspraken de heer Edgar informatief [is] voorgelegd en [de tekst] kwam hem zorgvuldig over."²⁴⁶ De heer Kingma heeft de commissie laten weten dat hij niet op de hoogte is geweest van de zeven

²⁴¹ Vastgesteld verslag van het college van hoofdinspecteurs, woensdag 10 maart 2004, kenmerk CvH 04/88, blz. 4 en 5

²⁴² Ibidem

²⁴³ 'Sjoemelende neuroloog beboet'. In: Trouw van 18 september 2002

²⁴⁴ Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Achtergrondinformatie bij concept-onderzoeksverslag dd 09-02-2009'

²⁴⁵ E-mail van W.A.H. Nugteren aan F. van ter Beek van 29 april 2004 om 11.30 uur

²⁴⁶ Gesprek van de commissie met de heer P.A.W. Edgar. Den Haag 9 maart 2010

afspraken die senior inspecteur Nugteren met dr. Jansen heeft gemaakt.²⁴⁷ De met dr. Jansen gemaakte afspraken zijn vastgelegd in een brief die senior inspecteur Nugteren en dr. Jansen hebben ondertekend.

Op 29 juni 2005 liet de inspecteur W.A.H. Nugteren de heer Edgar naar aanleiding van de brief van het Tweede Kamerlid Hilbrand Nawijn aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de klacht van de heer A. Hollander weten dat bij deze klacht dr. Jansen betrokken was. Hij wees de heer Edgar desgevraagd op de redenen waarom dr. Jansen op non-actief was gesteld en over de afspraken die de inspectie met hem had gemaakt over de hervatting van zijn werkzaamheden elders.²⁴⁸

Op 7 oktober 2005 informeerde de heer W.A.H. Nugteren, senior inspecteur, de heer P.A.W. Edgar, hoofdinspecteur curatieve gezondheidszorg, over dr. Jansen. Aanleiding waren vragen van het dagblad *Tubantia* dat informatie wilde over een melding bij de inspectie die betrekking had op dr. Jansen. *Tubantia* had op 24 september 2005 op de voorpagina bericht over claims na foute diagnoses.²⁴⁹ In dit artikel werd verwezen naar meldingen bij de inspectie:

"Interim-voorzitter van de raad van bestuur, E.J. Overkamp, zegt dat het MST om die reden [ernstige klachten: RJH] de klachten ook bij de inspectie voor de volksgezondheid heeft gemeld. 'Dat doen we bij serieuze zaken altijd. Dit was ernstig genoeg om dat te doen'. Ook bevestigt Overkamp dat er drie klachten zijn, waarover 'een onafhankelijke klachtencommissie een oordeel heeft gegeven.' Die zouden gegrond zijn verklaard. Maar Overkamp doet daarover geen enkele uitspraak. 'Wellicht de inspectie'. Daar zwijgt men echter."

De heer Nugteren gaf de heer Edgar een weergave van zijn gesprek met een van de voorlichters van de inspectie die de vragen van *Tubantia* zou beantwoorden. Hierbij refereerde de heer Nugteren aan de klachten van mevrouw Damink-Huisman en de uitspraak van de klachtencommissie over de onvoldoende dossiervoering en het gesjoemel bij het voorschrijven van Exelon®. Ook noemde de heer Nugteren de tweede klacht van mevrouw Damink-Huisman over het zonder toestemming afnemen van bloed voor verder onderzoek. Hoe de uitspraak van de klachtencommissie over die klacht en hoe de uitspraak over een klacht van mevrouw Damink-Huisman bij het tuchtcollege luidde kon de heer Nugteren niet achterhalen. Tenslotte meldde hij de heer Edgar dat de inspectie strikte voorwaarden had gesteld aan werkhervatting van dr. Jansen. Voorwaarden waaraan dr. Jansen naar het oordeel van de inspectie op dat moment nog niet voldeed.²⁵⁰

De senior inspecteur was niet op de hoogte dat mevrouw Damink-Huisman haar tweede klacht bij de klachtencommissie en de klachtprocedure bij het regionaal tuchtcollege in november 2001 had stopgezet. Op 7 oktober 2005 vroeg de heer W.A.H. Nugteren met "spoed" bij het regionaal tuchtcollege de uitspraak over de klacht van mevrouw Damink-Huisman op.²⁵¹ Deze zoektocht was vruchteloos omdat door de intrekking van de klacht immers geen sprake was van een uitspraak van het tuchtcollege. Hieruit kan worden afgeleid dat de overdracht van mevrouw Schoenmaker-Miedema en de heer Nugteren op dit punt niet naar behoren is verlopen. In de periode dat de overdracht plaatsvond (januari-mei 2004) deelden mevrouw Schoenmaker-Miedema en de heer Nugteren een werkkamer op het regiokantoor in Zwolle en bezochten ze gezamenlijk ziekenhuizen.

4.8. De inspectie en de neuroloog: epiloog

Dr. Jansen heeft zich op 21 oktober 2009 als arts laten doorhalen in het BIG-register. Zijn specialistenregistratie als neuroloog was hij al sinds 27 april 2009 kwijt.

Het openbaar ministerie bereidt een strafzaak voor tegen dr. Jansen. Daarom is de inspectie geen tuchtzaak tegen dr. Jansen begonnen. De inspectie heeft het openbaar ministerie verzocht te overwegen als bijkomende straf op te nemen dat dr. Jansen niet meer in de gezondheidszorg werkzaam mag zijn. Afhankelijk van de uitkomsten van de strafzaak beziet de inspectie of nog nadere actie nodig is.²⁵²

²⁴⁷ Gesprek van de commissie met de heer dr. H.J. Kingma. Den Haag 9 maart 2010

²⁴⁸ E-mails van de heer Nugteren aan de heer Edgar van 28 juni 2005 om 17.51 uur en van 29 juni 2005 om 9.54 uur

²⁴⁹ Lucien Baard, 'Claims na foute diagnoses bij MST. Klachten over neuroloog.' In: *Tubantia* 24 september 2005

²⁵⁰ E-mail van W.A.H. Nugteren aan P.A.W. Edgar van 7 oktober 2005 om 15.07 uur

²⁵¹ Brief van W.A.H. Nugteren aan mevrouw mr. H. van der Poel-Berkovits. Zwolle 7 oktober 2005, kenmerk 2005/WN/wm. Deze brief werd per fax verzonden om 13.33 uur

²⁵² E-mail van drs. A.J. Serné aan dr. H.P.M. Kreemers van 2 april 2010 om 13.58 uur

4.9. De inspectie en de neuroloog: eerste conclusies

Aan de beantwoording van de eerste vraag die aan de commissie is voorgelegd kunnen vier conclusies worden verbonden:

1. de inspectie had het disfunctioneren van dr. Jansen eerder moeten onderzoeken. Pas in maart 2004 kwam de inspectie in actie, maar al op 18 november 2003 had naar aanleiding van de melding van de Centrum Apotheek in Enschede met een gedegen onderzoek moeten zijn begonnen;
2. de inspectie had aangifte moeten doen van diefstal van medicijnen en vervalsing van recepten. De handelwijze van de inspectie bij de melding van de Centrale Apotheek op 18 november 2003 was een gemiste kans, maar het onderzoek van adjunct-inspecteur D. Kroese van 15 juli 2004 had (al dan niet in het gesprek met officier van justitie mr. G. Dam op 4 augustus 2004) ook conform de eigen regels moeten leiden tot aangifte;
3. de inspectie had de voorwaarden voor het vertrek van cq. de werkhervatting van dr. Jansen beter in de gaten moeten houden;
4. binnen de inspectie had het disfunctioneren van dr. Jansen moeten zijn aangekaart op het niveau van hoofdinspecteur en inspecteur-generaal. De informatievoorziening over deze casus binnen de inspectie gebeurde nu ad hoc en fragmentarisch.

In de periode tussen 8 september 2000 en 15 juli 2004 kreeg de inspectie de beschikking over signalen dat dr. Jansen in ernstige mate disfunctioneerde. Deze signalen hadden betrekking op tuchtwaardige en zelfs strafrechtelijk vervolgbare feiten. De signalen werden beoordeeld aan de hand van de vraag of sprake was van onverantwoorde zorg. Zolang niet kon worden vastgesteld of sprake was van onverantwoorde zorg bleef nader onderzoek uit.

Het uitblijven van nader onderzoek naar signalen voor het disfunctioneren van dr. Jansen is te wijten aan een aantal omstandigheden die het zicht op deze signalen, de samenhang ertussen en de ernst van de zaak hebben belemmerd:

- de signalen, klachten en meldingen over het disfunctioneren van dr. Jansen hadden betrekking op een periode van bijna tien jaar, van het begin van de jaren negentig tot halverwege het volgende decennium. Zonder de samenhang tussen deze signalen te kennen kwam de inspectie niet toe aan een antwoord op de vraag of sprake was van onverantwoorde zorg. In plaats hiervan bekeek de inspectie elk voorval en elke aanwijzing afzonderlijk alsof sprake was van een eerste signaal dat bij het functioneren van dr. Jansen vraagtekens moesten worden gezet;
- in deze periode was sprake van ingrijpende veranderingen binnen de inspectie. De inspectie was een organisatie die regionaal was georganiseerd en als een federatie van de in 1995 gefuseerde inspecties functioneerde. Hierdoor liepen meldingen en klachten binnen de inspectie langs elkaar heen. De uitwisseling van informatie tussen de verschillende regio's (en helaas ook daarbinnen) was gebrekkig;
- de signalen en meldingen waren niet altijd luid en helder genoeg. De wijze waarop de inspectie in deze casus is omgegaan met (anonieme) meldingen bevorderde het bijeenbrengen van alle beschikbare informatie over dr. Jansen niet, maar de keuze voor anonimiteit van de melder(s) was niet behulpzaam voor een slagvaardig optreden van de inspectie;
- de inspectie richtte zich te veel op navragen en te weinig op doorvragen bij het onderzoeken van signalen en meldingen;
- bij het uitvoeren van toezicht in deze casus hanteerde de inspectie een rangorde in informatieverzameling. Ze ging lange tijd, te lang, bijna blindelings af op wat zorgprofessionals en bestuurders de inspectie (vaak op navraag) voorhielden. Ze had alerter moeten omgaan met informatie van patiënten en betrokken burgers, waaronder één lid van de Tweede Kamer. De interventie van een tweede lid van de Tweede Kamer bracht de inspectie ook niet in beweging;
- binnen de inspectie speelden de vele wisselingen van de wacht een effectieve aanpak van een problematisch functionerende medisch specialist parten. In een periode van nauwelijks drie jaren waren drie elkaar opvolgende inspecteurs met het toezicht op het Medisch Spectrum Twente belast. Een vierde inspecteur had op grond van de toen binnen de inspectie geldende werkverdeling ook nog bemoeienis met een klacht van een patiënt over dr. Jansen. Tussen deze personen ontbrak het aan een goede overdracht van dossierkennis en informatie.

De inspectie heeft bij haar functioneren in deze casus ook te maken gehad met andere tekortschietende instanties en personen. Gelet op mijn onderzoeksopdracht spreek ik daar geen waardeoordeel over uit, maar constateer slechts in feitelijke zin het volgende:

- dr. Jansen heeft afspraken gemaakt met de inspectie over de voorwaarden waaronder hij eventueel weer als medisch

beroepsbeoefenaar zou kunnen gaan fungeren. Hij heeft deze afspraken niet nagekomen en heeft de inspectie onjuist ingelicht over de nakoming van de met hem afgesproken voorwaarden;

- medische beroepsbeoefenaren die betrokken waren bij de psychiatrische en psychologische behandeling van dr. Jansen en aldus een rol vervulden bij het nakomen van de tussen de inspectie en dr. Jansen gemaakte afspraken hebben zich op hun beroepsgeheim beroepen en op grond hiervan niet aan de verzoeken van de inspectie meegewerkt;
- de informatie-uitwisseling tussen de inspectie en verschillende leden van de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente verliep moeizaam. Uit de tabel 4.4. blijkt ook nog eens dat in de periode tussen 2000 en 2009 de toenmalige leden van de raad van bestuur gemiddeld nog geen drie jaar hun functie uitoefenden. Deze vele op elkaar volgende wisselingen in de raad van bestuur – het hoogste bestuursorgaan in een van de grootste niet-academische ziekenhuizen van Nederland – waren niet bevorderlijk voor het opbouwen van toereikende informatie bij de inspectie voor een beoordeling van het functioneren van dr. Jansen.²⁵³

²⁵³ <http://www.mst.nl/onzeorganisatie/>

5. Knelpunten en keuzes voor de komende jaren

5.1. De relatie tussen inspectie en ministerie

Bij het afscheid van dr. J.H. Kingma als inspecteur-generaal op 25 januari 2006 wijdde de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. J.F. Hoogervorst, een deel van zijn toespraak aan de onafhankelijkheid van de inspectie. De minister beschreef de inspectie als een organisatie die “zelfstandig koers houdt, zij het in opdracht van de minister”.²⁵⁴ Bij tijd en wijle, zo memoreerde de minister, ontstaat discussie over de onafhankelijkheid van de inspectie en de verhouding tussen inspectie en moederdepartement. Zo ook bij de inspectie voor de gezondheidszorg. Bij de wijziging van de Gezondheidswet in 1954 introduceerde minister J.G. Suurhoff de term “relatieve onafhankelijkheid”. Minister Hoogervorst was het geheel eens met zijn PvdA-voorganger Suurhoff: “Ik denk zelfs, dat de inspectie juist kracht ontleent uit het feit dat ze onderdeel is van het ministerie.” Het verschil met andere ambtenaren is relatief: bij de uitvoering van hun taak naar het veld dienen de medewerkers van de inspectie de ruimte te hebben op basis van hun eigen professionaliteit en deskundigheid een oordeel te geven en kunnen ze vrijuit rapporteren en publiceren.

Deze ‘relatieve onafhankelijkheid’ brengt echter naar twee kanten problemen mee. Het ene probleem is de opdracht van de minister en de wijze waarop deze opdracht haar plek krijgt in het functioneren van de inspectie. De inspectie voert haar toezicht risicogestuurd uit. Het is voor de commissie een open vraag hoe deze risico’s vastgesteld worden en hoe tot prioritering van de risico’s wordt besloten en tot het daarmee samenhangende inspectietoezicht. De commissie kan zich niet aan de indruk onttrekken dat deze prioritering voor een groot deel tot stand komt binnen de eigen inspectieorganisatie. Gelet op de ministeriële verantwoordelijkheid is er echter veel voor te zeggen om de prioritering (net als andere belangrijke beleidsvragen binnen de inspectie) onder ministeriële instructie tot stand te laten komen.

De keerzijde, het tweede probleem, is de uitvoering en de bij de uitvoering gepaard gaande problemen: gebrek aan capaciteit, tekortschietende of niet-bestaande bevoegdheden, onduidelijkheid over de rollen van ministerie, inspectie en zorgsector bij de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid. Juist bij het verhelpen van deze problemen zou de inspectie, als onderdeel van het staatstoezicht op de volksgezondheid mogen rekenen op de helpende hand van de minister en de rest van het departement.

De relatie tussen inspectie en ministerie kent veel facetten. De inspecteur-generaal kan de minister gevraagd en ongevraagd adviseren. Binnen het ministerie komen deze adviezen over ontwikkelingen in het beleid en de uitvoering daarvan op verschillende plaatsen terecht: bij de beleidsdirecties, bij de directie die de inhoudelijke ‘overall’ aansturing van de inspectie tot haar verantwoordelijkheid heeft, bij de directeuren-generaal en de bestuursraad. De minister kan de inspectie opdrachten geven. Om dit in goede banen te leiden stelt de inspectie een meerjarenbeleidsplan op en jaarlijks een werkplan. Tegelijk worden afspraken gemaakt over het bestedingsplan en de formatie van de inspectie. Ook deze afspraken raken vele afzonderlijke instanties binnen het departement: de directie markt en consument die de aansturing van de inspectie primair voor haar rekening neemt, de directie financieel-economische zaken en de directie bestuursondersteuning. Dan is er de toezichtrelatie tussen inspectie en ministerie. Hier hetzelfde beeld: verschillende beleidsdirecties, de directie markt en consument, de directie financieel-economische zaken. Tenslotte de eigenaarrelatie: wie ziet erop toe dat de inspectie haar taken naar behoren uitvoert en is belast met benoeming en het functioneren van de inspectie en haar hoogste medewerkers. Hier ligt het raakvlak met de secretaris-generaal en de directie bestuursondersteuning. Dit uitgebreide organisatorische netwerk is het eerste knelpunt dat de commissie graag onder de aandacht brengt.

²⁵⁴ Toespraak van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. J.F. Hoogervorst, bij het afscheidssymposium van inspecteur-generaal Kingma, woensdag 25 januari 2006 in Den Haag.

5.2. Eerder voorgestelde verbeteringen van het functioneren van de inspectie

In mei 2001, bijna negen jaren geleden, adviseerde de door de minister ingestelde commissie-Abeln om drie verbeteringen aan te brengen in het instrumentarium van de inspectie:

- de inspectie moet een formele (wettelijke) bevoegdheid krijgen om de minister openlijk te adviseren om een zorgaanbieder een aanwijzing te geven;
- de inspectie moet de bevoegdheid krijgen te schorsen of activiteiten op te schorten. Zo kan worden ingegrepen bij disfunctionerende hulpverleners/professionals;
- tenslotte moet de inspectie de bevoegdheid krijgen tot het vorderen van een bestuurlijke boete. Dit is met name wenselijk in de gevallen dat het openbaar ministerie, door prioritering, onvoldoende snel kan optreden bij overtredingen die voor de handhaving van de inspectie belangrijk zijn (bijvoorbeeld het misbruiken van een titel).

De eerste bevoegdheid is gerealiseerd. De tweede bevoegdheid keerde vorig jaar in het advies van professor mr. dr. J. Legemaate terug op de politieke agenda. De derde gewenste bevoegdheid is inmiddels in een wetsvoorstel voorgelegd aan de Tweede en aan de Eerste Kamer. De Eerste Kamer moet nog aan het wetsvoorstel goedkeuring hechten. Het desbetreffende Wetsontwerp uitbreiding van de bestuurlijke handhavinginstrumenten in de wetgeving op het gebied van de volksgezondheid (Wubhv) bevat ook de mogelijkheid voor de inspectie om inzage in medische gegevens te krijgen zonder voorafgaande toestemming van de patiënt. Deze mogelijkheid heeft het openbaar ministerie op grond van jurisprudentie in 'uitzonderlijke omstandigheden'.²⁵⁵ De Nederlandse Zorgautoriteit heeft op grond van artikel 66 van de Wet marktordening gezondheidszorg de bevoegdheid bij zorgaanbieders en verzekeraars "identificerende persoonsgegevens en medische persoonsgegevens" op te vragen. Dat geldt ook voor de Nederlandse Mededingingsautoriteit.²⁵⁶ Naar aanleiding van haar eigen onderzoek naar het functioneren van de inspectie in de casus van dr. Jansen heeft de inspectie opties voor systeemoptimalisatie en mogelijke operationele verbeteringen voorgesteld. De belangrijkste aanbeveling betreft het opnemen van beroepsbeperkende afspraken in het BIG-register. Het rapport van de commissie-Lemstra I dat op 1 september 2009 verscheen, deed aan de inspectie de aanbeveling om te komen tot het eerder signaleren van het disfunctioneren van medisch specialisten. Voor beide aanbevelingen heeft de inspectie op 15 maart 2010 voorstellen voorgelegd aan de minister.²⁵⁷

Bij de aanbieding van het eigen onderzoek van de inspectie aan de Tweede Kamer heeft de minister aangekondigd "samen met de IGZ een onafhankelijk advies te vragen over de lessen die uit de onderzoeksrapportage van de IGZ getrokken kunnen worden om bij toekomstige, soortgelijke casuïstiek zo passend mogelijk te kunnen reageren. Zowel de handhavingswijzigingen van de IGZ zelf als de mogelijk noodzakelijke aanpassingen in de wet- en regelgeving zullen daarbij de revue passeren."²⁵⁸

Het onafhankelijke advies is opgesteld door professor mr. dr. J. Legemaate en is op 24 juli 2009 aan de Tweede Kamer aangeboden.²⁵⁹ De heer Legemaate legde de volgende conclusies en aanbevelingen voor aan de minister:

1. Beroepsbeperkende maatregelen op grond van een rechterlijke uitspraak dienen voor alle burgers van Nederland op een makkelijke wijze kenbaar te zijn. Het gaat om maatregelen ten gevolge waarvan beroepsbeoefenaren worden uitgeschreven uit het BIG-register of gedurende een bepaalde periode hun beroep niet mogen uitoefenen (tijdelijke schorsing) of aan hen voorwaarden of een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het beroep uit te oefenen zijn opgelegd;
2. De mogelijkheden tot inzet door de inspectie van het instrument van de beroepsbeperkende afspraken kunnen worden verbeterd. Wel moet worden onderscheiden tussen beroepsbeperkende maatregelen die, juridisch gezien, wel en niet aanvaardbaar zijn. Van belang is dat de inspectie een Handhavingskader opstelt met betrekking tot beroepsbeperkende afspraken;

255 Oriënterend gesprek van de commissie met professor mr. dr. J. Legemaate. Den Haag 19 maart 2010. Zie ook www.rechtspraak.nl, nr. LJN: BD7817, Hoge Raad 21 oktober 2008.

256 Zie het interview met mr. P. Kalbfleisch in Buitenhof, 28 maart 2010

257 De minister heeft in zijn brief van 31 maart 2010 (kenmerk CZ/TSZ-2977326) de interne IGZ-richtlijn 'Omgaan met signalen over disfunctioneren van medisch specialisten' aan de Tweede Kamer toegezonden.

258 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 19 februari 2009, kenmerk CZ-TSZ-2911169

259 Johan Legemaate, 'Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit. Advies naar aanleiding van de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar rapport over de zaak van de Twentse neuroloog. Amsterdam 12 mei 2009. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 24 juli 2009, kenmerk MC-U-2944756.

3. Aan het BIG-register dient een besloten deel te worden toegevoegd, dat kan worden geraadpleegd door derden met een gerechtvaardigd belang. In die registratie kunnen worden aangetekend: alle maatregelen van tuchtrechter of College van Medisch Toezicht, beroepsbeperkende afspraken die de inspectie met een beroepsbeoefenaar maakt en meldingen van disfunctioneren door ziekenhuizen (voor zover de inspectie aantekening van deze melding in het register in het belang acht van een goede gezondheidszorg);
4. Met betrekking tot de wettelijke instrumenten en bevoegdheden van de inspectie zijn verschillende verbeteringen te realiseren. Daarbij gaat het onder meer om het verbeteren van de mogelijkheid van een voorlopige voorziening binnen het tuchtrecht en de procedure voor het College van Medisch Toezicht, en om het expliciet in de wet regelen van de bevoegdheid van de inspectie tot actieve openbaarmaking. Aan te bevelen is overigens om de taken en bevoegdheden van het College van Medisch Toezicht over te hevelen naar de regionale tuchtcolleges;
5. Met de uit de sinds 1996 van kracht zijnde wetgeving voortvloeiende kwaliteitsverantwoordelijkheden is door ziekenhuisbesturen, medisch specialisten (individueel, vakgroep/maatschap, medische staf) en hun organisaties te vrijblijvend omgegaan. Deze kwaliteitsverantwoordelijkheden zijn onvoldoende geëxpliciteerd en (mede daardoor) onvoldoende geïmplementeerd. Bovendien lijkt de afgelopen jaren door overheid en inspectie onvoldoende op die explicitering en implementatie te zijn aangedrongen. Het is van belang dat de partijen binnen het ziekenhuis kwaliteitsverantwoordelijkheden expliciteren en toedelen langs de in dit advies genoemde lijnen, dat op de naleving daarvan gericht toezicht wordt uitgeoefend en dat waar nodig aan het niet nakomen van verantwoordelijkheden gevolgen worden verbonden. De inspectie dient hierop toezicht te houden;
6. In relatie tot het vorige punt is het van belang dat de organisaties van ziekenhuis en medisch specialisten, in samenwerking met patiëntenorganisaties, een gezamenlijk kwaliteitskader opstellen met betrekking tot de in dit advies behandelde vraagstukken in de relatie medisch specialist-ziekenhuis. Daarbij gaat het om de kwaliteitsverantwoordelijkheden van medisch specialist, maatschap/vakgroep, medische staf, raad van bestuur en raad van toezicht. Overheid en inspectie hebben op dit punt een stimulerende en faciliterende rol. De bedoelde kaders en afspraken vergroten in belangrijke mate de kans dat situaties van onverantwoorde zorg worden voorkomen en maken een effectiever toezicht mogelijk;
7. De inhoud van een overkoepelend kwaliteitskader als hiervoor bedoeld dient te worden verwerkt in andere relevante teksten en documenten: individuele arbeids- of toelatingsovereenkomst, maatschapscontract of vakgroeppreglement, kwaliteitsreglement van de medische staf, Document Medische Staf en Zorgbrede Governancecode;
8. Zorgaanbieders moeten zorgdragen voor het naleven van patiëntenrechten. Het expliciteren, toedelen en naleven van kwaliteitsverantwoordelijkheden is van essentieel belang voor het recht van patiënten op verantwoorde zorg. Bepaalde patiëntenrechten (het recht op informatie over incidenten met merkbare gevolgen en het klachtrecht) dienen beter in de wetgeving te worden geregeld;
9. Zowel de Colleges die de eisen formuleren voor de herregistratie van specialisten, de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten als de zorgverzekeraars kunnen meer werk maken van de op hen rustende kwaliteitsverantwoordelijkheden. Over structurele contacten tussen de inspectie en de zorgverzekeraars dienen afspraken te worden gemaakt;
10. Kwaliteitsproblemen in de zorg kunnen in relatie staan tot de migratie van beroepsbeoefenaren binnen de lidstaten van de EU. Hoewel geldende EG-regels de informatieuitwisseling tussen landen voorschrijven, is er (nog steeds) geen sprake van een goed functionerend EU informatiesysteem betreffende beroepsbeoefenaren ten aanzien van wie beroepsbeperkende maatregelen of afspraken gelden. De participatie van EU-lidstaten in bestaande initiatieven (het project 'Health Professionals Crossing Borders') kan worden vergroot. Aangedrongen moet worden op de vervolmaking van nationale registraties. De totstandbrenging van een database op Europees niveau verdient serieuze overweging.

In het verlengde en ter uitwerking van de conclusies en aanbevelingen stelde professor mr. dr. J. Legemaate een aantal verbeteringsuggesties voor.

Op 3 december 2009 verscheen het rapport van de Nationale ombudsman over het functioneren van de inspectie bij vijf klachten die betrekking hadden op de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.²⁶⁰ Het gaat hier om een uiterst kwetsbare groep personen zoals in het debat in de Tweede Kamer op 1 april jl. ook door alle fractievoordvoerders werd benadrukt. Deze zorgbehoevenden zijn immers langdurig afhankelijk van de zorginstellingen waarin ze zorg krijgen en wonen. Als het ware een uitgebreide en dubbele kwetsbaarheid, waarop de Nationale ombudsman nadrukkelijk heeft gewezen. De minister heeft publiekelijk zijn spijt uitgesproken over het niet adequater en voortvarender afhandelen van de desbetreffende klachten door de inspectie in de richting van de cliënten en hun familieleden.²⁶¹ Verschillende woordvoerders in de Tweede Kamer hebben juist voor deze kwetsbare groep een aparte klachtprocedure bij de inspectie bepleit.²⁶² Mede in het licht van de indiening van het wetsontwerp cliëntrechten zorg is het de vraag of dit netelige probleem hiermee kan worden opgelost:

“Gaaf het om een afzonderlijke, incidentele klacht, zonder dat ik deze weg wil poetsen, dan is er een traject van de klachtencommissie en straks de geschillencommissie. De melder moet er dan ook op gewezen worden dat dit de route is die hij dient te gaan. Lopen die klachtentrajecten niet goed omdat die klachtencommissies disfunctioneren, dan is er, ook in het individuele geval, wel een taak weggelegd voor de inspectie. Deze moet dan zorgen dat de route waar men in het individuele geval naar verwijst, ook een goede, begaanbare route is.”²⁶³

Ten slotte heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) onlangs geadviseerd een kwaliteitskader te ontwikkelen op grond waarvan medisch specialisten periodiek verantwoording afleggen over hun functioneren aan de raad van bestuur en dit kader vast te leggen in het document medische staf (DMS). Medewerking van medisch specialisten zou contractueel verplicht moeten zijn. In de Kwaliteitswet zorginstellingen zou – zo adviseert de RVZ – moeten worden vastgelegd hoe de verantwoordelijkheid van de medische staf zich verhoudt tot de eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur.²⁶⁴

Aan voorstellen en ideeën voor een beter functioneren van de inspectie is dus geen gebrek. Waar het nu op aankomt is om deze voorstellen van recente en van minder recente datum in hun onderlinge samenhang te bezien en waar besloten wordt tot doorvoering van verbeteringen dat goed gestructureerd en zonder onnodig tijdverlies te laten gebeuren.

5.3. Kwaliteit en veiligheid, toezicht en handhaving

Toereikend toezicht en effectieve handhaving zijn onlosmakelijk verbonden met kwaliteit en kwaliteitsnormen waarmee de inspectie meldingen kan toetsen en beoordelen. De bewaking van kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg staat en valt met de toepassing en de naleving van hoge standaarden en heldere kwaliteitsnormen. Aan de hand van zulke standaarden en normen kunnen professionals verantwoording afleggen aan hun raden van bestuur. De inspectie kan op deze wijze slagvaardig en duidelijk handhavend optreden.

Het ontbreekt in Nederland op dit moment aan zulke robuuste standaarden en normen.²⁶⁵ Binnen beroepsgroepen en onder zorgprofessionals bestaat weliswaar aandacht voor ‘veldnormen’, maar waar geen of onvoldoende verantwoordelijkheid wordt genomen bestaat te weinig doorzettingsmacht in het publieke belang. ‘Veldnormen’ missen status.

Tijdens het algemeen overleg op 14 april 2010 over de kwaliteitszorg in de ‘cure’ heeft de minister erop gewezen dat met kwaliteitsverbetering veel te winnen is. Voor de gezondheidszorg in het algemeen en voor de patiënt en verzekerde in het bijzonder.

²⁶⁰ Nationale ombudsman, ‘De Inspectie voor de Gezondheidszorg: een papieren tijger? Onderzoek naar het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de zorg voor verstandelijk gehandicapten.’ Den Haag 3 december 2009

²⁶¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 24 170, nr. 101, blz. 1

²⁶² www.tweedekamer.nl/kamerstukken/verslagen/plenaire_vergadering_1_april_2010

²⁶³ (Ongecorrigeerde) Handelingen van de Tweede Kamer, minister dr. A. Klink, 1 april 2010

²⁶⁴ Raad voor de Volksgezondheid voor de Zorg, De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg. Den Haag maart 2010

²⁶⁵ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, ‘Zorginkoop’. Den Haag 2008, blz. 30

Tussen kwaliteit en doelmatigheid bestaat een samenhang.²⁶⁶ De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft er in 2004 op gewezen dat de wijze van praktijkuitoefening van de zorgaanbieders in hoge mate de aard en omvang van de zorgconsumptie bepaalt.²⁶⁷ Een inwoner van Hoogeveen met lage rugpijn heeft een honderdvoudig grotere kans hier voor in een ziekenhuis terecht te komen dan een inwoner van Eindhoven. Door het ontbreken van algemeen geldende normen ontstaan verschillen in behandeling. Over- en onderconsumptie is het gevolg.

Wetenschappelijk onderzoek onder patiënten met eierstokkanker (ovariumcarcinoom) wijst uit dat deze patiënten in semi-gespecialiseerde en gespecialiseerde ziekenhuizen een hogere overlevingskans hebben dan patiënten in algemene ziekenhuizen. In semi-gespecialiseerde ziekenhuizen ligt dat percentage op dertig en in gespecialiseerde ziekenhuizen op 42 procent.²⁶⁸ Uit onderzoek naar de kosteneffectiviteit van verschillende soorten van cardiologische behandelingen blijkt dat 'dure' behandelingen geen betere resultaten voor de patiënten opleverde.²⁶⁹ Niet alleen de patiënt, maar ook de verzekerde is dus beter af met standaarden en normen.

Er is in Nederland en ook in andere landen geen gebrek aan steun voor het belang van standaarden en kwaliteitsnormen. In verschillende programma's voor de algemene verkiezingen op 9 juni 2010 wordt gepleit voor een kwaliteitsinstituut voor de totstandkoming van goede richtlijnen voor de 'cure' en de 'care'.

Op dit moment komen standaarden en normen in ons land verbrokkeld tot stand, kunnen ze niet daadkrachtig genoeg worden doorgezet als de beroepsbeoefenaren hun verantwoordelijkheid niet nemen en is de wijze van aanpak niet doelmatig georganiseerd. Het opstellen van richtlijnen gebeurt onder verantwoordelijkheid van wetenschappelijke organisaties van artsen en specialisten. Bij de opstelling van multidisciplinaire richtlijnen vervult ZonMw deze rol. De inspectie handhaaft de door artsen en medisch specialisten opgestelde richtlijnen. Zo nodig kan de inspectie (zoals bij slokdarmkankeroperaties) normen stellen. Om artsen en medisch specialisten te faciliteren bij het opstellen van richtlijnen is de 'Regieraad Kwaliteit van Zorg' in het leven geroepen (www.regieraad.nl). Het project Zichtbare Zorg dat nu deel uitmaakt van de organisatie van de inspectie heeft tot doel om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. KiesBeter richt zich op het transparant aanbieden van kwaliteitsinformatie. Het meten van klantervaringen hoort tot de taak van het Centrum Klantervaring Zorg. De Stichting DBC-onderhoud vertaalt zorg bij een aandoening in declarabele zorgproducten, die de Nederlandse Zorgautoriteit vaststelt. Tenslotte heeft het College van Zorgverzekeringen als 'pakketbeheerder' een rol op dit vlak.

In verschillende omringende landen zijn de krachten bij de ontwikkeling en vaststelling van standaarden en normen gebundeld. In Duitsland stelt het 'Gemeinsame Bundesausschuss' (G-BA) richtlijnen ('einheitliche und verbindliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis') vast. Hiervoor maakt de 'Gemeinsame Bundesausschuss' gebruik van het 'Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen' (IQWiG), dat als het feitelijke kwaliteitsinstituut optreedt. Dit instituut voert uitsluitend opdrachten uit voor het 'Gemeinsame Bundesausschuss' en voor het Duitse ministerie van Volksgezondheid. Zowel het 'Bundesausschuss' als het instituut verrichten hun taken op wettelijke grondslag. Het 'Bundesausschuss' telt dertien stemgerechtigde leden: vijf vertegenwoordigers van de vereniging van zorgverzekeraars, vijf van medische beroepsgroepen en drie onafhankelijke leden, waaronder de voorzitter. Aan de bijeenkomsten van het 'Bundesausschuss' nemen maximaal vijf vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties zonder stemrecht deel. De bijeenkomsten zijn openbaar.

In Denemarken is het 'Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvaesenet' (IKAS) belast met "quality assessment where an acknowledged authority assesses whether an activity, service or institution meets a set of joint standards".²⁷⁰ Bij alle zorgaanbieders die gebruik maken van de standaarden vindt elke drie jaar een onderzoek plaats om na te gaan of de desbetreffende zorgaanbieder de standaarden naar behoren hanteert. Het bestuur van het Deense instituut bestaat uit vertegenwoordigers van het ministerie van Volksgezondheid, vertegenwoordigers uit de regio's en de Deense ver-

266 Marc Rouppe van der Voort, Willem Wiegiersma, Jacob Caron, Peter Kabel, Ad van de Laar, Henk Veraart en Peter Nijssen, 'Lean denken als duurzame ontwikkeling: innovatieve bedrijfsvoering in het St. Elisabeth Ziekenhuis.' In: 'Lean denken en doen in de zorg', Jos Benders, Marc Rouppe van der Voort en Bart Berden (red.). Den Haag 2009. Jeffrey Liker, 'The Toyota Way: Fourteen Management Secrets from the World's Greatest Manufacturer'. New York 2004, blz. 35 tot en met 41

267 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 'Gepaste zorg'. Zoetermeer 2004, blz. 17

268 Floor Vernooij, 'Ovarian cancer treatment in The Netherlands 1996-2003'. Utrecht 2008, blz. 43 en verder

269 Keith J. Winstein, 'A Simple Health-Care Fix Fizzles Out'. In: The Wall Street Journal van 11 februari 2010

270 www.ikas.de

eniging van gemeenten alsmede de Deense vereniging van ziekenhuizen. De staf van het instituut bestaat uit ongeveer dertig medewerkers.

In Groot-Brittannië stelt het 'National Institute for health and clinical excellence' (NICE) richtlijnen vast voor de algemene gezondheid, voor medische technologieën en klinische behandelingen in het de 'National Health Service'. 'NICE' stelt zijn richtlijnen op in onafhankelijke werkgroepen en heeft een adviesraad bestaande uit burgers in het leven geroepen. Op de website van 'NICE' staan voorbeelden van kostenbesparingen die gepaard zijn gegaan met de invoering van een aantal richtlijnen van 'NICE' (www.nice.org.uk).

Het algemeen overleg van 14 april 2010 en de pleidooien voor een kwaliteitsinstituut in verkiezingsprogramma's zijn ongetwijfeld de voorloper van een discussie over de taken van zo'n instituut en wat de commissie betreft ook over de rol van inspectie. De commissie wijst in dit verband op de mogelijkheid dat bij de verdere vormgeving van het kwaliteitsinstituut rekening wordt gehouden met een eerder, wat de commissie betreft nog steeds actueel, voorstel van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voor een "centrum [dat] naar buiten toe een eenduidig, herkenbaar gezicht heeft en laagdrempelig is".²⁷¹

Het voorstel van de RVZ had betrekking op drie taken:

1. kennis- en informatiecentrum voor patiënten: een 'Eerste Hulp Bij Zorg'. Het betreft hier met name de huidige taak van KiesBeter;
2. wegwijzer met betrekking tot het klachtrecht. Het centrum moet patiënten en belanghebbenden de weg wijzen waar ze met hun klacht terecht kunnen en hen hierbij zo nodig ondersteunen;
3. volger en evaluator van de uitvoering van cliëntenrechten.

Hieraan zouden worden toegevoegd:

1. vaststellen van standaarden, normen, indicatoren;
2. zo nodig opstellen van standaarden, normen, indicatoren;
3. zorg vertalen in declarabele zorgproducten;
4. toetsen van aanspraken aan kwaliteitsnormen, dus pakketbeheer;
5. meten van klantervaringen.

Dit kennis- en adviescentrum zou volgens de RVZ een samenwerkingsverband van bestaande publieke organisaties kunnen zijn: de Nederlandse Zorgautoriteit, de inspectie, het College voor Zorgverzekeringen, KiesBeter, Regieraad Kwaliteit van Zorg, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, de Consumentenbond. Daar is de benodigde deskundigheid en infrastructuur al grotendeels aanwezig.

In navolging van de RVZ is het goed om te wijzen op de plaats en rol die patiënten- en consumentenorganisaties horen te krijgen. Voor de inspectie is van belang dat het kwaliteitsinstituut, al dan niet in samenhang met dit kennis- en informatiecentrum, uitgroeit tot een gezaghebbende publiekrechtelijke organisatie met grote bekendheid. Dat maakt een effectieve uitvoering van de hoofdtaak van de inspectie, toezicht en handhaving, makkelijker.

In het hierboven geschetste model vervult de inspectie niet langer de rol van de instantie die zo nodig normen vaststelt en vervolgens op de naleving van deze normen toeziet en voor de handhaving zorgt. De inspectie kan zich in deze opzet richten op haar taak, namelijk inspectie en handhaving.

Zolang dit model of een overeenkomstig model naar taakstelling en werking onder meer van de ministeriële verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg, nog niet tot stand is gekomen zal naar het oordeel van de commissie, de minister en dus ook de inspectie verantwoordelijkheid - blijven - dragen voor hantering van een normenkader waarbinnen zij haar taak uitoefent. Dat behoeft niet per se een formeel-wettelijk kader te zijn, maar wel een samenhangend pakket van beleidsregels met betrekking tot de kwaliteit van gezondheidszorg: zo nodig kunnen bij algemene maatregel van bestuur op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) normen worden vastgesteld.

²⁷¹ De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 'De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?' Den Haag 2006, blz. 43

5.4. Knelpunten in het functioneren van de inspectie

5.4.1. De behandeling van meldingen van burgers

De Leidraad meldingen 2007 van de inspectie geeft aan onder welke omstandigheden de inspectie meldingen wel of niet verder onderzoekt. Artikel 6 van de leidraad geeft aan dat op het moment dat de melding (klacht van burger) binnenkomt met hierin veel gegevens over de betrokken beroepsbeoefenaar, de patiënt verzocht wordt toestemming te geven om de beroepsbeoefenaar in kwestie over de melding te gaan bevragen en dus gebruik te maken van de door melder aan de inspectie toevertrouwde informatie.

Als deze toestemming niet wordt gegeven, wordt het voor de inspectie er moeilijker op om de feiten op waarheid te toetsen. Als de inspectie besluit om vooralsnog geen onderzoek te doen, rijst de vraag of persoonsgegevens van zorgaanbieders door de inspectie mogen worden bewaard zonder de beroepsbeoefenaar te informeren. De inspectie heeft ervoor gekozen dit niet te doen. De redenering van de inspectie op dit moment luidt als volgt. Als geen nader onderzoek wordt uitgevoerd, maar wel een dossier wordt gevormd zonder dat de zorgaanbieder zich hiervan bewust is en zonder dat hij of zij zich hier tegen kan verdedigen, druist dit in tegen het recht op bescherming van de privacy van de betrokken zorgaanbieder.

Dit laatste heeft als gevolg dat de documentatie waarop de melding berust niet meer wordt bewaard en dus ook niet in verband kan worden gebracht met toekomstige meldingen (klachten) die wel nopen tot verder onderzoek. De inspectie onderzoekt de mogelijkheid om van deze meldingen "een lichte registratie" bij te houden waarin de persoonsgegevens niet voorkomen.²⁷²

De commissie vraagt zich af of de inspectie op deze manier effectief en efficiënt toezicht kan uitoefenen. Hier kan sprake zijn van een knelpunt dat eerder ook naar voren kwam bij het functioneren van de inspectie in de casus van dr. Jansen. In ieder geval wijkt de inspectie voor de gezondheidszorg met deze aanpak af van de handelwijze van andere overheidsinspecties. De commissie gebruikt hier een voorbeeld van een overheidsinspectie die bij haar toezichtfunctie ook te maken heeft met voor de burger gevaarlijke omstandigheden. De Arbeidsinspectie stelt op haar website (www.arbeidsinspectie.nl) dat "klachten en tips belangrijke signalen zijn voor de Arbeidsinspectie." De Arbeidsinspectie behandelt klachten vertrouwelijk en is zich ervan bewust dat de klager risico's loopt:

"U loopt daarbij het risico dat bij het bekendmaken van uw klacht, de onderlinge verhoudingen tussen u en het bedrijf verslechteren. De Arbeidsinspectie is zich hiervan bewust. Daarom wordt uw klacht met de grootst mogelijke zorg en vertrouwelijkheid behandeld."

Soms kan de Arbeidsinspectie een klacht niet verder onderzoeken zonder dat de werkgever het vermoeden krijgt dat door de klager een klacht is ingediend. De Arbeidsinspectie laat dit aan de klager weten:

"Dit kan ook betekenen dat u besluit om uw klacht niet verder te laten onderzoeken en dat uw klacht alleen wordt geregistreerd. Alle notities en documenten over uw klacht worden in het archief van de arbeidsinspectie opgeslagen. Uw gegevens worden met de grootst mogelijke zorg en vertrouwelijkheid behandeld."

5.4.2. De behandeling van anonieme klachten

De inspectie voor de gezondheidszorg maakt op haar website duidelijk dat anoniem klagen bij de inspectie geen zin heeft: "Let op: u kunt bij de inspectie geen anonieme meldingen doen." Ook hier wijst de commissie bij wijze van voorbeeld op de aanpak van de Arbeidsinspectie:

"Natuurlijk kunt u zwaarwegende redenen hebben om ook voor de Arbeidsinspectie anoniem te willen blijven. Dit wordt door de Arbeidsinspectie gerespecteerd. In dat geval kan de Arbeidsinspectie u echter geen terugkoppeling over het onderzoeksresultaat geven. Anonieme meldingen en tips van niet (direct)belanghebbenden worden uitsluitend onderzocht als aannemelijk kan worden gemaakt dat er sprake is van een gevaarlijke situatie op het werk, waardoor de veiligheid en/of gezondheid van werknemers worden bedreigd. Ook aannemelijke meldingen en tips over (vermoedelijke) betaling onder wettelijk minimumloon en illegale tewerkstelling worden door de Arbeidsinspectie onderzocht."

In de casus van dr. Jansen meldde een van zijn collega's zich drie keer anoniem bij de inspectie. Zijn meldingen zijn niet geregistreerd. Anonieme meldingen kunnen concrete informatie verschaffen of afkomstig zijn van personen die goed met mogelijke misstanden bekend zijn, maar die zich in een kwetsbare positie bevinden.

²⁷² Oriënterend gesprek van de commissie met mevrouw mr. B.A. Prins. Den Haag 9 maart 2010

Zo ontving de inspectie onlangs in een geheel andere casus een melding met vijftien onleesbare handtekeningen. De raad van bestuur van de betrokken zorginstelling werd gevraagd of deze zich in de geschetste problematiek kon herkennen. Dit leidde onder andere tot navraag binnen het desbetreffende ziekenhuis, waar de beroepsgroep reageerde met de boodschap dat de melding niet van hen afkomstig was. Dit voorbeeld laat zien dat het voor de inspectie lastig kan zijn om anonieme meldingen naar behoren te onderzoeken. Maar dit mag geen reden zijn om mensen die anoniem willen melden, zo veel mogelijk te ontmoedigen.

5.4.3. Opleiding en competenties

De inspectie kent een eigen inspectie-academie waar de eigen medewerkers voor hun toekomstige taken worden voorbereid. In de reguliere, modulair opgebouwde, opleidingen voor inspecteurs, toezichtmedewerkers en programamedewerkers spelen meer dan voorheen het initiële kennisniveau en de kennis- en competentiebehoefte van nieuwe medewerkers een rol. De accenten in de opleidingen liggen op gedragsvaardigheden en 'performance' van de cursisten en uniform werken. Opdrachten die aansluiten bij de dagelijkse praktijk van het toezicht en intervisie zijn belangrijke elementen in de opleiding. Ervaren IGZ-medewerkers geven onderdelen van onderwijs. In 2010 wordt verplichte nascholing, deels programmagewijs, voor medewerkers ingevoerd als onderdeel van het HRM-beleid.²⁷³

De commissie heeft aan het curriculum van de opleiding geen nadere aandacht gegeven, maar heeft in de loop van haar onderzoek wel de nodige signalen gekregen. Op grond daarvan vraagt de commissie zich af of naast de gedragsvaardigheden, het uniform werken en de meer juridische en bestuurlijke vaardigheden bij de aan de academie deelnemende medewerkers vaardigheden op empathisch gebied en gericht op het verder ontwikkelen van onderzoekscompetenties meer aan bod moeten komen. De commissie gaat ervan uit dat hier een knelpunt ligt en vraagt zich af of de huidige opleiding voldoende evenwicht kent tussen verdere ontwikkeling van gedragsvaardigheden, kennis van de juridische aspecten, ervaring met bestuurlijke problemen en ontwikkeling van een antenne voor het medische veld.

5.4.4. Centralisatie en regionale verankering

In 2001 en latere jaren heeft de inspectie gekozen voor centralisatie en uniformering in de wijze waarop zij haar taken wenst uit te voeren. Desalniettemin is het huidige organisatiemodel nog steeds een mix van de beoogde verandering in de richting van centralisatie en uniformering aan de ene kant en behoud van de regionale eigenheid aan de andere kant, waarbij in de regio functionerende inspecteurs verantwoordelijk zijn voor 'hun' ziekenhuis of zorginstelling en 'hun' beroepsbeoefenaren. In dat laatste geval is het niet ondenkbeeldig dat het vaak om eerdere collega's gaat. De inspectie kent hierdoor nog steeds een regionale organisatie, terwijl tegelijkertijd veel meer thematisch wordt gewerkt en van specifieke kennis en deskundigheid bij de inspecteurs wordt gebruik gemaakt.

Aan regionale verankering zijn nadelen verbonden, als niet is voorzien in goede onderlinge afstemming op centraal niveau. Binnen de inspectie moet uniformiteit in beleid en uitvoering bestaan. Dat besef leeft binnen de inspectie, maar binnen de huidige structuur kunnen regionale verschillen optreden zonder goede afstemming op centraal niveau. Dit is het eerste nadeel van de huidige structuur.

Een langzame vergroeiing met de instellingen waarop toezicht moet worden uitgeoefend ligt op de loer. Door de verwachtingen die nu eenmaal ontstaan door vele persoonlijke contacten kan sprake zijn van groepsdenken, dan wel ontzag voor het aanzien en de deskundigheid van beroepsbeoefenaren, terwijl juist een kritische – en in ieder geval afstandelijke – houding onontbeerlijk is. Hier ligt het tweede nadeel.

5.5. Knelpunten en keuzes voor de komende jaren: conclusie

Bij het functioneren van de inspectie is sprake van drie knelpunten:

1. de relatie tussen inspectie en ministerie vraagt om verduidelijking;
2. samenhang en een verantwoord tempo zijn nodig bij het beoordelen, vaststellen en uitvoeren van de reeds eerder voorgestelde verbeteringen in het functioneren van de inspectie;
3. de wijze waarop de inspectie omgaat met meldingen van burgers en met anonieme meldingen gaat gepaard met problemen. Tegelijkertijd zijn centralisatie en uniformering bij de behandeling van meldingen dringend gewenst.

²⁷³ Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Werkplan 2010'. Utrecht december 2009, blz. 81

6. Aanbevelingen

6.1. Voor de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid

Beroepsbeoefenaren in de zorg, bestuurders en interne toezichthouders in de zorgsector kennen ieder hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid. De inspectie is de externe toezichthouder en heeft bij wet de opdracht om op deze verantwoordelijkheidsverdeling toezicht te houden. De manier waarop de inspectie deze taak uitvoert roept anno 2010 net als in de jaren 2003 en 2004 vragen op. De verantwoordelijkheidsverdeling is niet alleen voor de verschillende partijen in de zorgsector onduidelijk, maar ze is ook onhelder in de ogen van het publiek. De maatschappelijke druk op de inspectie is de afgelopen jaren toegenomen. Gebeurtenissen als die rond dr. Jansen hebben hier zeker aan bijgedragen. De verwachtingen die over het functioneren van de inspectie leven én de beperkte mogelijkheden en capaciteit van de inspectie zijn niet in evenwicht: ze zorgen voor een voortdurende spanning.

Medewerkers van de inspectie vergelijken de positie van de inspectie met een zandloper. Van bovenaf is druk van de politiek om meer te doen en zelfs kleine risico's uit te sluiten, maar in het onderste deel van de zandloper vraagt het veld juist meer ruimte om zelf kwaliteit en veiligheid te bewaken. De inspectie bevindt zich in het smalle middendeel van de zandloper. Ook nog eens letterlijk en figuurlijk in een glazen huis.²⁷⁴

Daarnaast is de inspectie omringd door andere instanties in de zorgsector, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit en de Nederlandse Mededingingsautoriteit die ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid hun taak uitvoeren. Binnen dit veld moet de inspectie haar weg zoeken en is ze nog zoekende.

Burgers dienen klachten in maar de inspectie vervult geen rol in de behandeling van individuele klachten. Het is moeilijk aanvaardbaar dat de inspectie zo ver op afstand is komen te staan van de binnen de gezondheidszorg ingevoerde klachtenregeling.²⁷⁵

6.2. Aanbevelingen over de relatie tussen inspectie en ministerie

De inspectie maakt deel uit van de organisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hierbij is sprake van een zekere mate van onafhankelijkheid die over en weer, tussen departement en inspectie, voor een ongemakkelijke houding zorgt. 'Inspectiebeleid' met inbegrip van prioritering en risicosturing wordt grotendeels binnen het eigen inspectieapparaat voorbereid en vanuit het ministerie bestaat op dat vlak niet veel ruimte voor aansturing en vaststelling van de speerpunten waarmee de inspectie haar opdracht uitvoert.

De verbinding tussen beleid en toezicht moet worden verbeterd. In 5.1. is gewezen op het uitgebreide organisatorische netwerk dat tussen inspectie en ministerie bestaat. Al naar gelang de verschillende rollen van de inspectie (toezichthouder, adviseur, uitvoerder van opdrachten, onderdeel van het ministerie) heeft de inspectie te maken met verschillende beleidsdirecties, de directie financieel-economische zaken, de secretaris-generaal, de directeuren-generaal en de hen ondersteunende ambtenaren. Voor een goede relatie tussen inspectie en ministerie is deelname van de inspecteur-generaal aan de bestuursraad belangrijk maar niet voldoende. Naast 'het reilen en zeilen' van de verschillende onderdelen van het ministerie, met inbegrip van de inspectie, komen in de bestuursraad ook beleidsvraagstukken aan de orde, maar het gaat hier om de afstemming tussen de directeuren-generaal op beleidsterreinen die de inspectie maar zijdelings raken. De voortdurende spanning tussen wat het ministerie van de inspectie wil en wat de inspectie kan is niet alleen een beleidsvraagstuk, maar raakt de capaciteit van de inspectie. Bovendien maakt de minister geen deel uit van de bestuursraad.²⁷⁶ Dit gemis wordt niet ondervangen door het periodieke overleg tussen minister en inspecteur-generaal en de deelname

274 Oriënterend gesprek met dr. G. van der Wal en mevrouw A.M. van Gunsteren. Den Haag 29 januari 2010

275 Zie de gesprekken van de commissie met dr. J.H. Kingma op 9 maart 2010 en met drs. W.M.C.L. Schellekens op 4 maart 2010 en met de Nationale ombudsman, mr. A. Brenninkmeijer, op 25 januari 2010

276 Zie het gesprek met drs. M.J. van Rijn. Den Haag 8 april 2010

van de inspecteur-generaal aan de ministerstaf. Dit laatste beraad kenmerkt zich door terugkoppeling uit ministerraad, Tweede Kamer, politiek overleg en een vooruitblik op wat in de actualiteit te verwachten is.

Het is gelet op de steeds sterker wordende maastroom tussen de politieke verantwoordelijkheid voor een sector die grotendeels met publieke middelen wordt bekostigd en de verzelfstandiging van en binnen deze sector te verwachten dat meer en meer van de inspectie wordt verwacht en geëist. Hierbij komt nog dat het belang van de kwaliteit van de zorg van een randvoorwaarde een kernvoorwaarde is geworden en een overeenkomstig belangrijke plaats op de beleidsagenda heeft gekregen. Een regelmatig en gestructureerd overleg tussen ministerie en inspectie is hiervoor op zijn plaats.

Aanbeveling 1.

Over en weer zou meer begrip voor prioriteiten vanuit het beleid en knelpunten bij de uitvoering wenselijk zijn en in ieder geval periodiek moeten worden besproken in aanwezigheid van de politieke en ambtelijke leiding van het ministerie aan de ene kant en de leiding van de inspectie (inspecteur-generaal, plaatsvervangend inspecteur-generaal en hoofdinspecteurs) aan de andere kant.

Aanbeveling 2.

De 'zekere onafhankelijkheid' van de inspectie vraagt om een zelfstandige, open en transparante opstelling van de inspectie, ook naar de Tweede Kamer. De inspecteur-generaal – zo stelt de commissie voor – zou regelmatig met de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van gedachten moeten wisselen over de belangrijkste bevindingen uit haar toezicht. Dit – gelet op de ministeriele verantwoordelijkheid – in aanwezigheid van de minister.

Aanbeveling 3.

Binnen het ministerie vraagt dit ook om een organisatorische aanpassing en belegging van het inspectiebeleid bij een centrale beleidseenheid. Deze centrale beleidseenheid zou het periodieke gestructureerde overleg moeten ondersteunen. Ook zou deze eenheid voorrang moeten geven aan de beoordeling en uitvoering (met inbegrip van een heldere tijdsplanning) van de aanbevelingen voor het beter functioneren van de inspectie die het afgelopen jaar zijn gedaan: het eigen onderzoek van de inspectie, het onderzoek van professor mr. dr. J. Legemaate, de aanbevelingen van de commissie Lemstra-I, de aanbevelingen van de Nationale ombudsman, het recente advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de toelatingsovereenkomst tussen raad van bestuur en medisch specialist en de aanbevelingen die de commissie in dit rapport heeft opgenomen.

6.3. Aanbevelingen over het functioneren van de inspectie

Meldingen en privacybescherming

Aanbeveling 4.

De commissie raadt aan de wijze waarop de inspectie wenst om te gaan met meldingen waarnaar vooralsnog geen nader onderzoek wordt ingesteld, te veranderen. De nu geldende beperkingen bij het registreren en bewaren van de documentatie en informatie die aan deze meldingen ten grondslag liggen, belemmeren de wettelijke taak van de inspectie. Voor de commissie prevaleert de wettelijke taak. Dit houdt in dat de wijze waarop andere overheidsinspecties met zulke meldingen omgaan voor een nadere standpuntbepaling van de inspectie leidend zou moeten zijn.

Anonieme meldingen

De huidige aanpak van de inspectie is onduidelijk. Anonieme klagers worden er nadrukkelijk op geattendeerd dat anoniem klagen bij de inspectie niet mogelijk is. Op deze regeling maakt de inspectie zelf uitzonderingen als aannemelijk is dat sprake is van ernstige misstanden.

Aanbeveling 5.

De commissie beveelt aan om de huidige regeling en de wijze waarop de inspectie hiermee omgaat te herzien.

Centralisatie versus regionale verankering

De huidige structuur van de organisatie van de inspectie is nog steeds een mengvorm van centralisatie en regionale verankering. Aan regionale verankering zijn nadelen verbonden.

Aanbeveling 6.

Onderzoek de voor- en nadelen van volledige centralisatie en collocatie van alle onderdelen van de inspectie in het midden van het land (regio-Utrecht).

Bijlagen

- 1 Onderzoeksopdracht
- 2 Organogrammen Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003 en 2009
- 3 De inspectie: enkele feitelijke gegevens
- 4 Toezicht op de gezondheidszorg in Nederland
- 5 Lijst van afkortingen
- 6 Chronologisch overzicht
- 7 Lijst van personen
- 8 Verslagen van gesprekken
- 9 Geraadpleegde literatuur
- 10 Verantwoording
- 11 Over de commissie

Bijlage 1

Onderzoeksopdracht²⁷⁷

IGZ handelen inzake de casus van de neuroloog werkzaam bij het Medisch Spectrum Twente

Aanleiding

De minister van VWS zegde in het Algemeen Overleg over toezicht en de IGZ van 24 september 2009 de vaste Commissie van VWS van de Tweede Kamer toe een extern onderzoek naar de IGZ te laten uitvoeren in het kader van de zogenoemde neuroloogcasus Medisch Spectrum Twente (MST).

De IGZ zelf heeft in februari 2009 haar onderzoeksverslag over het inspectiehandelen rond de neuroloog MST uitgebracht. Centraal daarin staan de bij de IGZ bekende feiten over de betrokken neuroloog vanaf 2000 (eerste melding bij IGZ) tot januari 2009 (start IGZ-intern onderzoek), welke actie de IGZ op basis van deze feiten heeft ondernomen, of zich daarbij momenten voordeden waarop de IGZ tot een andere aanpak had kunnen besluiten en welke lessen zij hieruit voor haar handhaving voor toekomstige soortgelijke casuïstiek zou kunnen trekken (systeemoptimalisatie en operationele verbeteringen).

De minister van VWS heeft in overleg met de Inspecteur Generaal vervolgens aan professor Legemaate een onafhankelijk advies gevraagd over de lessen die uit de onderzoeksrapportage van de IGZ getrokken kunnen worden. Het ging vooral om een toekomstgericht advies: welke aanpassingen van praktijk, beleid of regelgeving zijn wenselijk of noodzakelijk om beter te kunnen reageren op situaties als die met de MST-neuroloog of om dergelijke situaties te kunnen voorkomen. Professor Legemaate betreft in zijn in juli 2009 openbaar gemaakte advies zowel aandachts- en verbeterpunten met betrekking tot handhaving door de IGZ als gewenste aanpassingen in wet- en regelgeving om deze handhaving te optimaliseren.

De Tweede Kamer is over beide bovengenoemde onderzoeken geïnformeerd op respectievelijk 19 februari en 24 juli jl., inclusief het standpunt van de Minister daarop.

De Tweede Kamer verzoekt de minister van VWS in het Algemeen Overleg van 24 september 2009 om een extern onderzoek naar wie binnen de IGZ (inclusief de toenmalige Inspecteur-generaal) wanneer over welke relevante informatie met betrekking tot de neuroloogcasus beschikte, wat betrokkene met die informatie heeft gedaan en wat de IGZ moet veranderen om dergelijke situaties in de toekomst te voorkomen.

De minister gaf aan te laten onderzoeken wie binnen de IGZ wanneer over welke relevante informatie met betrekking tot de neuroloogcasus beschikte en wat betrokkene met die informatie heeft gedaan. Hij sprak over valideren van het interne onderzoek van de IGZ. Onafhankelijkheid is bij dit onderzoek een belangrijk uitgangspunt.

Onderzoeksopdracht

Op basis van de hierboven genoemde toezegging aan de Tweede Kamer tijdens het Algemeen Overleg van 24 september jl. kunnen de volgende onderzoeksvragen worden gedefinieerd:

- Onderzoeken wie binnen de IGZ wanneer over welke relevante informatie met betrekking tot de neuroloogcasus Medisch Spectrum Twente beschikte in de periode 2000 (eerste melding bij IGZ) tot januari 2009 (start IGZ-intern onderzoek) en wat betrokkene met die informatie heeft gedaan.
- Indien zich nieuwe feiten over het IGZ-handelen ten opzichte van het IGZ-interne onderzoek van februari 2009 zouden voordoen, het doen van mogelijk aanvullende aanbevelingen inzake systeemoptimalisatie en operationele verbeteringen in de huidige werkwijze van de inspectie²⁷⁸ om soortgelijke situaties in de toekomst goed het hoofd te kunnen bieden.

²⁷⁷ Zie ook de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 12 januari 2010. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 123 XVI, nr. 110

²⁷⁸ Aanvullend op die van het IGZ-zelfonderzoek, het Advies-Legemaate en het Rapport van de Commissie-Lemstra

De minister van VWS en namens deze de Secretaris-Generaal zal optreden als opdrachtgever voor het onafhankelijke onderzoek.

Onderzoeksmethode

Voor het onderzoek zijn in ieder geval volgende materiaal en methoden beschikbaar:

- bronnen: IGZ onderzoeksverslag uit februari 2009, Advies-Legemaate van juli 2009 en Rapport van Commissie-Lemstra in opdracht van Medisch Spectrum Twente van september 2009 en brieven ter zake van de Minister van VWS;
- archiefonderzoek bij IGZ;
- interviews met relevante betrokkenen, b.v. (oud-)medewerkers IGZ, (oud-) ziekenhuismedewerkers.

Eindproduct

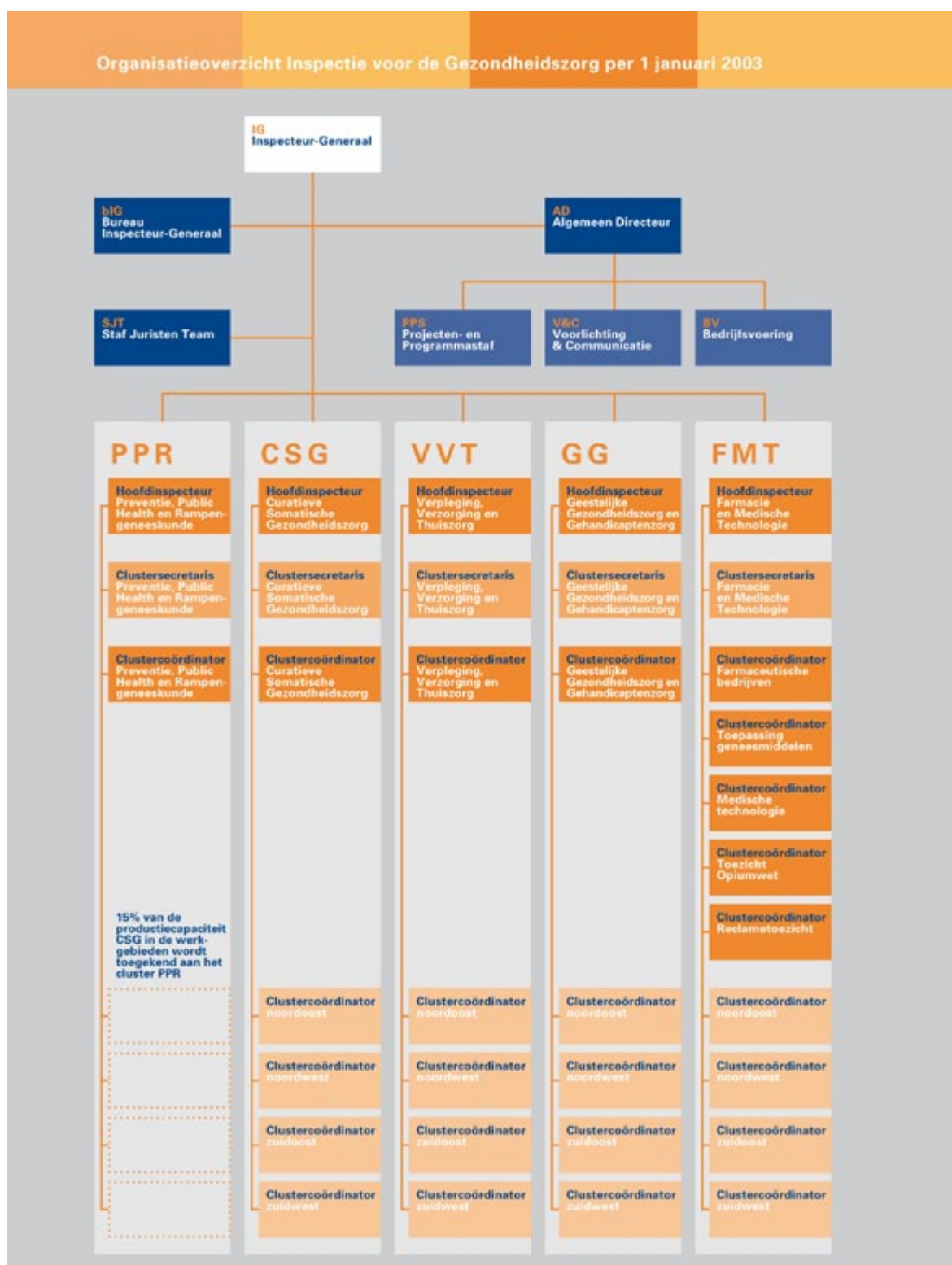
De volgende onderwerpen moeten in het rapport worden opgenomen:

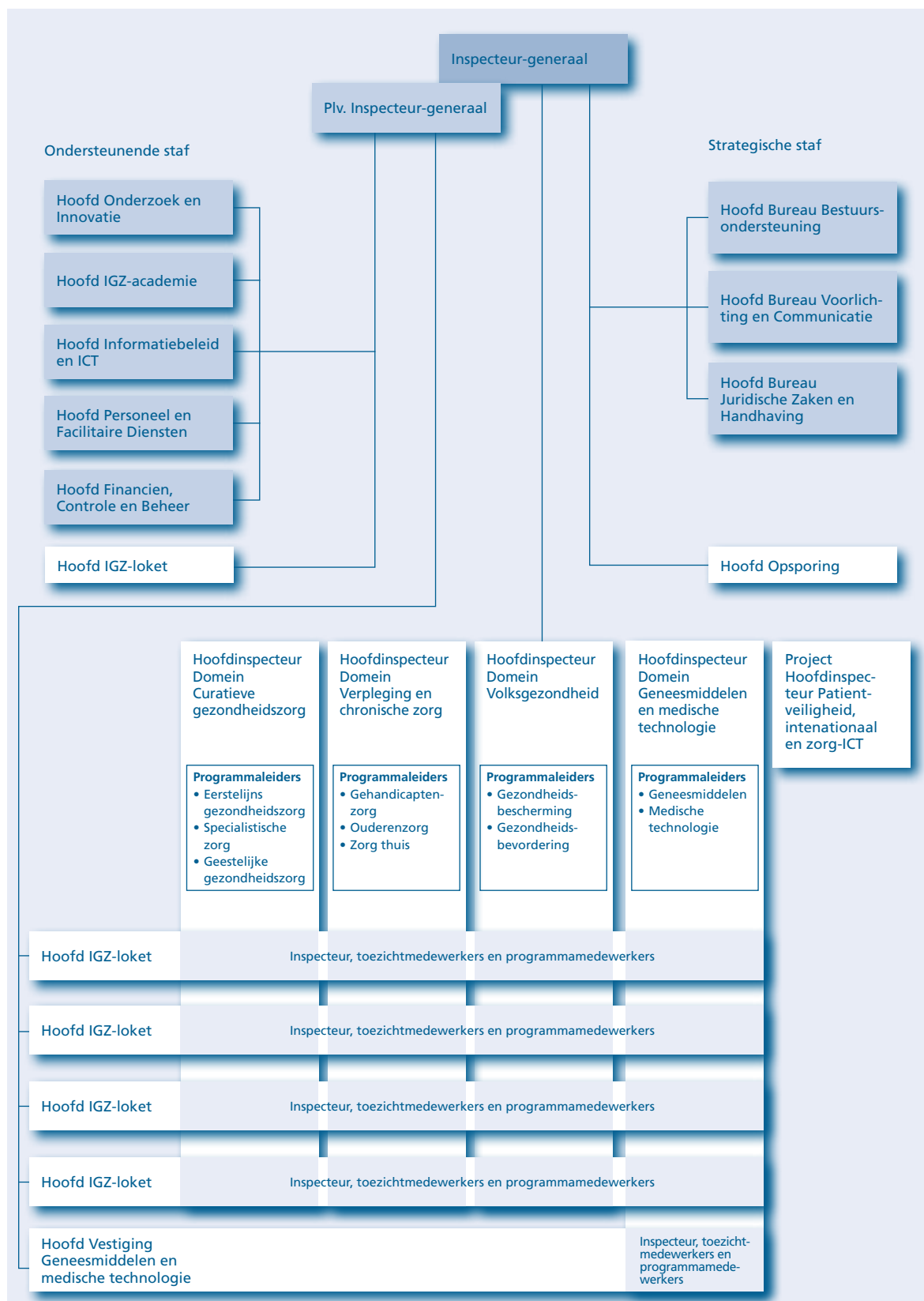
- een feitenrelaas van het IGZ handelen inzake de neuroloogcasus MST in de periode 2000 tot en met januari 2009;
- mogelijk aanvullende aanbevelingen inzake systeemoptimalisatie en operationele verbeteringen in de huidige werkwijze van de IGZ²⁷⁹ om soortgelijke situaties in de toekomst goed het hoofd te kunnen bieden in geval van nieuwe feiten ten opzichte van het IGZ-interne onderzoek van februari 2009.

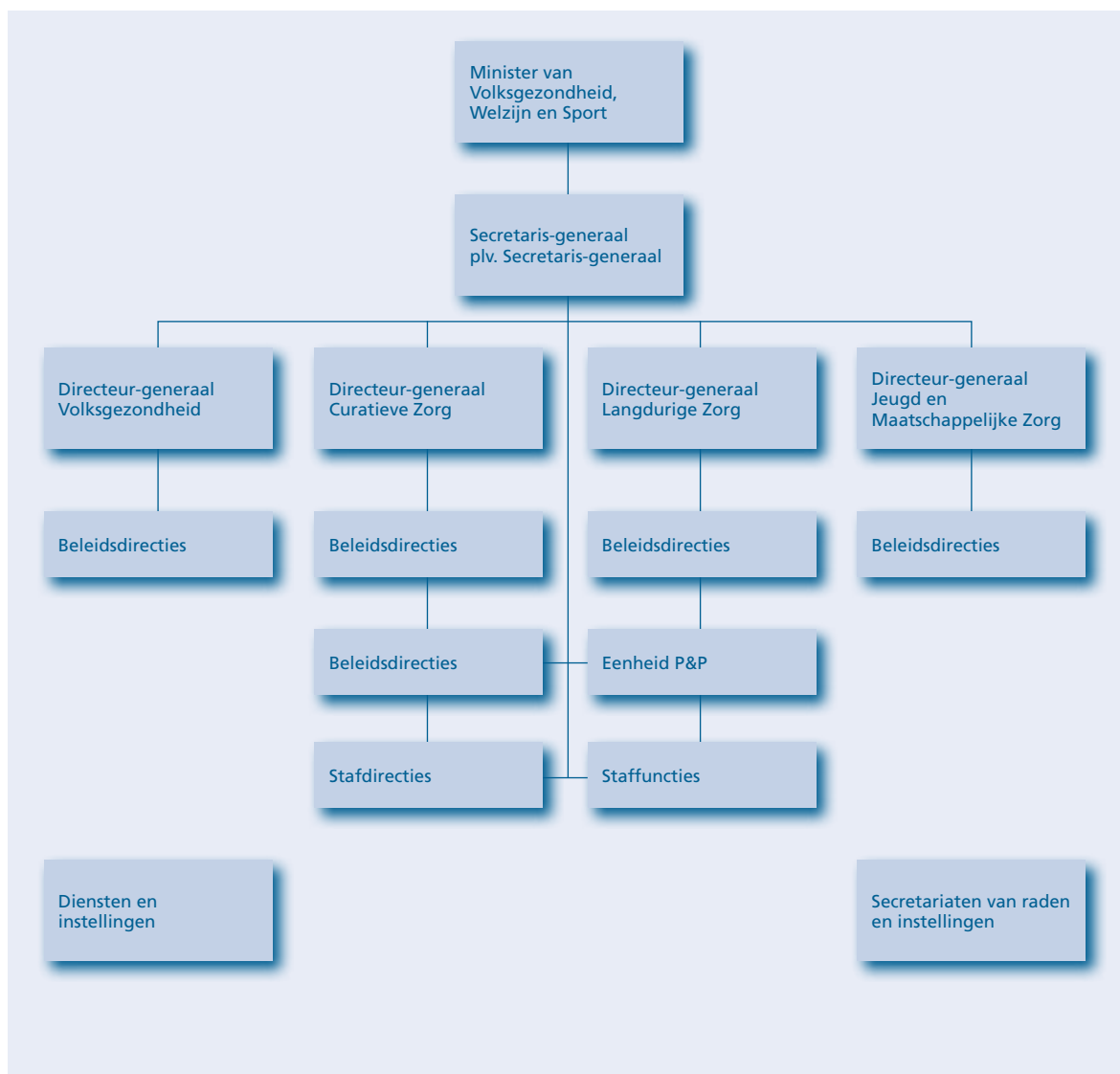
279 Aanvullend op die van het IGZ-zelfonderzoek, het Advies-Legemaate en het Rapport van de Commissie-Lemstra

Bijlage 2

Organogrammen Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003 en 2009







Bijlage 3

De inspectie: enkele feitelijke gegevens

De inspectie voert haar werkzaamheden uit op basis van 25 wetten.

In de Gezondheidswet is het Staatstoezicht op de Volksgezondheid geregeld, waarvan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) deel uitmaakt. De Algemene wet bestuursrecht (Awb) regelt in het algemeen de toezichtsbevoegdheden van de inspectie. De inspectie houdt toezicht op basis van de volgende wetten:

1. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)
2. Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz)
3. Wet toelating zorginstellingen (Wtzi)
4. Wet bijzondere medische verrichtingen (Wmbv)
5. Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wmvo)
6. Wet op de orgaandonatie (Wod)
7. Embryowet
8. Wet foetaal weefsel
9. Wet ambulancevervoer (Wav)
10. Wet afbreking zwangerschap (Waz)
11. Geneesmiddelenwet
12. Opiumwet
13. Wet op de medische hulpmiddelen ((Whm)
14. Wet inzake bloedvoorziening (Wibv)
15. Kernenergiewet (Kew)
16. Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal ((Wvkl)
17. Wet publieke gezondheid (Wpg)
18. Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo)
19. Infectieziektenwet
20. Quarantainewet
21. Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (Wghor)
22. Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische inrichtingen (Wet Bobz)
23. Wet klachtenrecht cliënten zorgsector (Wkcz)
24. Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
25. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De inspectie ontvangt jaarlijks grote aantallen meldingen. Hieronder de overzichten over 2003 en 2009.

2003	
Onderwerp	Aantal
Medische hulpmiddelen	608
Farmacie	134
Curatieve somatische gezondheidszorg	725
Verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg	400
Suïcides	507
Totaal	2.642

Meldingen aan de inspectie verdeeld naar type

2009					
type melding	Loket	%	Regionaal	%	Totaal
Advies	37	88	5	12	42
Klacht	518	98	8	2	526
Melding	3849	96	159	4	4008
Melding: bijna incident	15	88	2	12	17
Signaal	523	96	20	4	543
Suïcide	676	100	2	>0	678
Tuchtzaak	4	2	247	98	251
Leeg	206	94	14	6	220
Totaal	5828	93	457	7	6285

Meldingen aan de inspectie verdeeld naar programma

2009					
Programma	Loket	%	Regionaal	%	Totaal
01 Gezondheidsbevordering	13	100	0	0	13
02 Gezondheidsbescherming	30	94	2	6	32
03 Eerstelijns gezondheidszorg	541	82	121	18	662
04 Specialistische somatische zorg	963	87	147	13	1110
05 Gehandicaptenzorg	722	98	12	2	734
06 Ouderenzorg	760	98	17	2	777
07 Zorg thuis	73	97	2	3	75
08 Productveiligheid	200	83	40	17	240
09 Geestelijke gezondheidszorg	1129	95	65	5	1194
10 Medische technologie	1331	97	47	3	1378
Programma onbekend	7	100	0	0	7
Programma overstijgend	5	100	0	0	5
Nvt	54	93	4	7	58
Totaal	5828	93	457	7	6285

Bijlage 4

Toezicht op de gezondheidszorg in Nederland

Bij hun brief aan de Tweede Kamer van 9 juli 2009 hebben de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onderstaande bijlage gevoegd:

Raakvlakken en samenwerking tussen de externe toezichthouders

Partijen in de zorg hebben met meerdere toezichthouders te maken. Specifiek rondom het toezicht op samenwerkingsvormen in de zorg is er een belangrijke taak weggelegd voor met name de NMa, de NZa en de IGZ. Dit kan leiden tot onduidelijkheid bij het veld welke toezichthouder bevoegd is en draagt het risico met zich mee dat er overlappende toezichtsactiviteiten worden uitgevoerd met mogelijk dubbele toezichtslasten voor het veld. Met uw Kamer is in 2006 naar aanleiding van de behandeling van het Wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg meerdere malen gesproken hoe dit risico te minimaliseren. ²⁸⁰

Voor het waarborgen van de publieke belangen in de zorg is er voor alle drie de toezichthouders een rol weggelegd. Daarbij is het niet zo dat iedere toezichthouder een specifiek publiek belang waarborgt. Het toezicht op samenwerkingsvormen is zo vormgegeven dat het toezicht door de drie toezichthouders gezamenlijk bijdraagt aan de waarborging van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daarbinnen hebben de NMa, de NZa en de IGZ ieder hun eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden. In 2006 hebben we tijdens de discussie met uw Kamer, over de taaktoedeling van de NZa en de inhoud van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) ervoor gekozen om het sectorspecifieke toezicht door de NZa aanvullend te laten zijn op het al bestaande kwaliteitstoezicht door de IGZ en het algemene mededingingstoezicht door de NMa.

Juist bij de overgang naar een meer cliëntgerichte zorg met meer ruimte en verantwoordelijkheden voor aanbieders van zorg en ondersteuning is dit sectorspecifieke toezicht noodzakelijk om waar nodig wijzigingen aan te brengen in de spelregels en deze vervolgens (ex ante) af te kunnen dwingen.

De NZa dé markttoezichthouder voor 'markten in transitie'?

De NMa is verantwoordelijk voor het algemene markttoezicht en de NZa voor het zorgspecifieke markttoezicht. Sommigen denken dat de NMa daarmee geen rol heeft voor gereguleerde sectoren, zoals de zorg, en pas aan bod zou zijn als bepaalde deelsectoren volledig geliberaliseerd zouden zijn. Nog los van de vraag of dat in de zorg ooit het geval kan zijn, gaat het er bij het onderscheid tussen de toezichthouders veel meer om dat de NZa, anders dan de NMa, bevoegd is om 'markten' ook daadwerkelijk 'op gang te brengen' en kan ingrijpen in de structuur van markten door het stellen van regels die van toepassing zijn op alle marktpartijen of specifiek op individuele marktpartijen. De NMa gaat uit van de markten zoals ze zijn en ziet toe op het gedrag van partijen op die markten, en heeft een dergelijke regulerende, 'scheppende' bevoegdheid niet. Daarom wordt vaak ook wel kortweg gezegd dat de NZa nadelen voor de cliënt voorkomt door *vooraf* maatregelen te treffen (zoals regels stellen) en de NMa *achteraf* ingrijpt bij die zorgaanbieders die zich misdragen hebben. Met uitzondering van fusies, want daarvoor geldt dat de NMa *vooraf* toetst.

Er is op twee punten sprake van samenloop van bevoegdheden tussen de NZa enerzijds en de NMa en de IGZ anderzijds.

- NMa: Zowel de NMa als de NZa houden toezicht op partijen met een machtspositie. De NZa kan specifieke verplichtingen stellen als een zorgaanbieder een machtspositie heeft. De NMa kan ingrijpen als er misbruik wordt gemaakt van die machtspositie. In de Wmg is een voorrangsregel voor de NZa opgenomen. Dit betekent dat de NZa als eerste aan zet is om op te treden tegen zorgaanbieders met een machtspositie. In de Wmg is tevens vastgelegd dat de uitleg van de mededingingsrechtelijke begrippen van de NMa leidend is. Het algemene mededingingstoezicht wordt in alle sectoren uitgevoerd door de NMa om een eenduidige interpretatie van de algemene mededingingsbegrippen te garanderen, duidelijkheid te scheppen over wat wel en niet mag en zo bij te dragen aan de rechtszekerheid voor partijen.

²⁸⁰ Zie bijvoorbeeld Kamerstukken I, 2006-2007, 30186

- IGZ: In aanvulling op samenloop bij samenwerkingsvormen tussen de NZa en de NMa is er ook sprake van samenloop van bevoegdheden tussen de IGZ en de NZa. Zowel de IGZ als de NZa hebben taken op het gebied van de transparantie van de kwaliteit van de zorg voor cliënten. De taakverdeling tussen de IGZ en de NZa is als volgt te duiden: de IGZ gaat over de transparantie van de kwaliteit en de NZa is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de transparantie. De NZa ziet toe op de transparantie in de gehele zorg en heeft in de Wmg taken en instrumenten gekregen waarmee zij onder andere de transparantie van kwaliteit kan bevorderen. De IGZ ziet toe op de kwaliteit van de geleverde zorg en is verantwoordelijk voor oordeelsvorming omtrent kwaliteit van zorg en hoe kwaliteit te meten. In de Wmg is bepaald dat de NZa het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van handelen van zorgaanbieders volgt. Om tot goede samenwerking te komen hebben de toezichthouders samenwerkingsprotocollen²⁸¹ opgesteld.

NZa-NMa

Voor de NMa is samenwerking met de NZa van belang omdat de sectorspecifieke kennis waarover de NZa beschikt vaak relevant is in het kader van de voorbereiding van een door de NMa te nemen besluit. Voor de NZa is samenwerking met de NMa van belang omdat de mededingingskennis en de kennis uit de onderzoeken naar zaken waarover de NMa beschikt vaak relevant is voor de markttoezicht en regulerings taken van de NZa, zoals voor de inzet van het AMM-instrumentarium.

In het *samenwerkingsprotocol van de NZa en de NMa* staan, in aanvulling op de eerder genoemde wettelijke voorrangsregel voor de NZa bij aanmerkelijke marktmacht, afspraken omtrent eventuele samenloop van activiteiten. Samenloop zou zich voor kunnen doen wanneer de NZa of de NMa voornemens is bijvoorbeeld rapportages, zienswijzen of consultatiedocumenten op te stellen. In de samenwerkingsafspraken is ook voor deze gevallen van samenloop een voorrangsregel voor de NZa opgenomen. De NMa en de NZa zullen elkaar met raad en daad bijstaan en elkaar consulteren bij het uitoefenen van haar taken.

In het samenwerkingsprotocol is onder andere afgesproken dat de NMa en de NZa elkaar wederzijds consulteren wanneer zij voor hun taakuitoefening markten in de zorgsector afbakenen. Ook is in het samenwerkingsprotocol vastgelegd (in aanvulling op de Wmg) dat de NZa een zienswijze kan afgeven aan de NMa bij gemelde concentraties in de zorg. De NZa en de NMa hebben naast het samenwerkingsprotocol *werkafspraken* gemaakt over afstemming in concentratiezaken en zaken met betrekking tot aanmerkelijke marktmacht en (gesteld) misbruik van een economische machtspositie.²⁸² Hierin is onder andere aangegeven dat de zienswijze van de NZa bij concentratiezaken 'ondermeer opmerkingen en aandachtspunten bij de (wijze van) marktafbakening [bevat], en ingaat op de mogelijke gevolgen die de voorgenomen concentratie heeft op de werking van de markt zoals die binnen de doelstellingen van de Wmg voor gereguleerde marktwerking is beoogd'. In het samenwerkingsprotocol is verder opgenomen hoe de onderlinge informatie-uitwisseling verloopt en zijn afspraken gemaakt over het doorverwijzen van personen naar elkaar, indien de andere toezichthouder bevoegd is.

NMa-IGZ

De IGZ geeft input aan de NZa voor haar zienswijze bij concentratiezaken in het kader van de beoordeling van mogelijke kwaliteitseffecten bij een voorgenomen fusie. In de Wmg is immers bepaald dat de NZa het kwaliteitsoordeel van de IGZ volgt. Aangezien concentratiecontrole een exclusieve bevoegdheid is van de NMa, komt het daarnaast ook voor dat er tijdens een behandeling van een zaak direct contact is tussen de IGZ en de NMa, bijvoorbeeld om een nadere toelichting te ontvangen op specifieke kwaliteitsgerelateerde argumenten die in een zaak naar voren komen.

NZa-IGZ

In het *samenwerkingsprotocol van de NZa en IGZ* zijn de werkterreinen nader afgebakend en is in overeenstemming met artikel 19 van de Wmg vastgelegd dat de NZa het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van zorg volgt. Indien de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders volgens de IGZ onder de norm blijft, past de IGZ zelfstandig haar bevoegdheden toe. De IGZ heeft het afgelopen jaar vele malen adviezen over de kwaliteit van zorg verstrekt aan de NZa over tal van situaties. De NZa vroeg de inspectie een aantal keren om advies over de kwaliteit van zorg naar aanleiding van het vaststellen van tarieven en het maken van monitors en visiedocumenten. Daarnaast heeft de IGZ een rol bij de door de NZa aan de NMa uit te brengen zienswijzen over fusies in de zorg (zie hierboven).

²⁸¹ Zie www.nza.nl voor de digitale versie van deze samenwerkingsprotocollen.

²⁸² Zie Werkafspraken tussen de directie Concurrentietoezicht van de NMa en de NZa, Staatscourant nr. 240, december 2006 en Werkafspraken tussen de NMa en de NZa met betrekking tot concentratiezaken (februari 2008).

In onderstaande tabel wordt de bevoegdheidsverdeling en de samenwerking tussen de NMa en de NZa weergegeven.

Tabel. Bevoegdheidsverdeling en samenwerkingsafspraken NMa en NZa

Taak	NMa	NZa
<i>Handhaven kartelverbod</i>	Bevoegd om kartels op te sporen en handhavend op te treden.	Geen bevoegdheid.
		De NZa kan informatie en signalen verstrekken aan de NMa over mogelijke kartels. Ingeval de NMa een markt afbakt kan de NZa hierover een zienswijze geven.
<i>Concentratiecontrole</i>	Bevoegd om concentraties te beoordelen.	Geen bevoegdheid.
		De NMa vraagt of de NZa een zienswijze wenst af te geven. De NZa kan signalen afgeven over concentraties waarop mogelijk de concentratiecontrole van toepassing is.
<i>Toezicht op machtsposities/ markt macht</i>	<i>De NMa is niet als eerste aan zet.</i> Bevoegd om misbruik van economische machtspositie op te sporen en handhavend op te treden. Ingeval de NZa een markt afbakt kan de NMa hierover een zienswijze geven. De NMa kan signalen afgeven aan de NZa over potentieel misbruik van een machtspositie.	<i>De NZa is als eerste aan zet.</i> De NZa kan verplichtingen opleggen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht voordat sprake is van misbruik van marktmacht.

Bijlage 5

Lijst van afkortingen

Awb	Algemene wet bestuursrecht
(Wet) BIG	(Wet op de) beroepen in de individuele gezondheidszorg
BBO	Bureau bestuursondersteuning (van de IGZ)
CMT	College van Medisch Toezicht
CTG	Centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg (per 1 oktober 2006 opgegaan in de NZa)
CVH	College van Hoofdinspecteurs
DMS	Document Medische Staf
fte	full-time equivalent (voltijds functie-equivalent)
G-BA	Gemeinsame Bundesausschuss
IC	Intensive Care
IFMS	Project Individueel Functioneren Medisch Specialist (zie ook www.ifms.nl)
IG	Inspecteur-Generaal
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IKAS	Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundshedsvaesenet
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISO	International Organization for Standardization
MMSE	Minimal Mental Stage Examination
MS	Multiple sclerose
MST	Medisch Spectrum Twente
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OBu	Overbruggingsuitkering tot de pensioengerechtigde leeftijd
OM	Openbaar Ministerie
OR	Ondernemingsraad
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOB	Wet openbaarheid van bestuur
Wubhv	Wetsontwerp uitbreiding van de bestuurlijke handhavingsinstrumenten in de wetgeving op het gebied van de volksgezondheid
WPM	Werkproces Manager, registratiesysteem van de inspectie

Bijlage 6

Chronologisch overzicht

2000

- 4 september 2000** Mevrouw G.M. Damink-Huisman beklaagt zich telefonisch bij de inspectie over verkeerde diagnose van dr. Jansen
- 8 september 2000** Mevrouw Damink-Huisman legt haar klacht schriftelijk vast na op 6 september 2000 met dr. Jansen over haar klacht te hebben gesproken
- 17 oktober 2000** De inspectie raadt mevrouw Damink-Huisman aan klacht bij klachtencommissie of het regionale tuchtcollege in te dienen, maar eerst over haar klacht met dr. Jansen te spreken
- 25 oktober 2000** Mevrouw Damink-Huisman dient klacht in bij klachtencommissie van het Medisch Spectrum Twente

2001

- 30 januari 2001** De klachtencommissie acht de klacht van mevrouw Damink-Huisman op de meeste punten gegrond
- 7 februari 2001** Mevrouw Damink-Huisman stuurt brief naar inspectie met uitspraak van klachtencommissie. Ze wil dat de inspectie 'ingrijpt'
- 1 maart 2001** De inspectie schrijft mevrouw Damink-Huisman dat ze maar in beperkte mate kan ingrijpen en raadt aan om tuchtklacht in te dienen
- 13 juli 2001** In het kader van de door haar ingediende tuchtklacht ontvangt mevrouw Damink-Huisman relevante stukken uit haar medisch dossier. Hieruit blijkt dat zonder haar toestemming onderzoek is gedaan aan de hand van afgenomen bloed. Mevrouw Damink dient tweede klacht in bij klachtencommissie en breidt haar tuchtklacht uit
- 16 oktober 2001** Het Tweede Kamerlid Erica Terpstra belt met de inspectie en dringt aan op vervolgstappen van de inspectie
- 30 oktober 2001** De heer en mevrouw Damink voeren over hun klachten een gesprek met de inspectie. In dat gesprek kondigen ze bezoek aan van de secretaris van de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente op 5 november 2001
- 5 november 2001** De secretaris van de raad van bestuur biedt mevrouw Damink-Huisman aan dat het MST haar financieel tegemoet komt in ruil voor stopzetting van de lopende procedures bij de klachtencommissie en het regionale tuchtcollege. Ook moet mevrouw Damink-Huisman beloven over haar klachten verder publiekelijk te zwijgen.
- 5 november 2001** De inspectie verneemt dat mevrouw Damink-Huisman heeft besloten haar klachten in te trekken en sluit deze melding.

2002

- 14 januari 2002** De heer A. Hollander schrijft de inspectie een brief. Zijn echtgenote is op 25 februari 2001 overleden. Aanvankelijk tevergeefs heeft de heer Hollander de hoofdbehandelaar gevraagd om een gesprek om achter de toedracht van het overlijden van zijn vrouw te komen. Met enige moeite komt dat gesprek op 31 oktober 2001 tot stand.
- 5 februari 2002** Tijdens het overleg tussen de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente en de inspectie komt de (ingetrokken) klacht van mevrouw Damink-Huisman niet aan de orde
- 6 februari 2002** De inspectie laat de heer A. Hollander weten nader onderzoek van groot belang te achten.
- 15 februari 2002** De inspectie legt de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente drie vragen voor over het overlijden van de echtgenote van de heer A. Hollander
- 7 maart 2002** In opdracht van de raad van bestuur antwoordt een van de specialisten van het Medisch Spectrum Twente dat de echtgenote van de heer A. Hollander in een ander ziekenhuis is overleden
- 19 maart 2002** Het onderzoek naar het overlijden van de echtgenote van de heer A. Hollander wordt overgedragen aan een andere inspecteur omdat het onderzoek zich vanaf dat moment richt op een eventu-

- 9 augustus 2002** eel mankement aan een bij de echtgenote van de heer A. Hollander ingebracht infuusapparaat
De inspectie is na navraag achter de importeur van het infuusapparaat gekomen. Deze fabrikant had bij de inspectie vanwege het overlijden van de echtgenote van de heer A. Hollander reeds bij een andere instantie van de inspectie melding gedaan op 18 april 2001
- 26 september 2002** De heer A. Hollander dient klacht in bij klachtencommissie van het Medisch Spectrum Twente naar aanleiding van het overlijden van zijn echtgenote
- 2003**
- 31 januari 2003** De inspectie bespreekt met de heer A. Hollander de rapportage van de fabrikant over het infuusapparaat. Bij dit gesprek blijkt dat de heer A. Hollander nog beschikt over een onderdeel van het infuusapparaat. Dat wordt voor verder onderzoek naar de fabrikant opgestuurd
- 6 mei 2003** Dr. Jansen wordt in het Medisch Spectrum Twente betrappt op het wegnemen van medicijnen uit de medicijnkast.
- 23 mei 2003** Uitspraak van de klachtencommissie van het Medisch Spectrum Twente over de klacht van de heer A. Hollander. Klacht is met uitzondering van één onderdeel ongegrond
- 5 augustus 2003** Tweede bespreking van de inspectie met de heer A. Hollander
- oktober 2003** Apotheker waarschuwt de voorzitter van de medische staf over overmatig aan zichzelf voorschrijven van Dormicum® door dr. Jansen
- 18 november 2003** Apotheker neemt telefonisch contact met inspectie op over "overconsumptie" van Dormicum® door Enschedese neuroloog
- 20 november 2003** Inspectie sluit de melding van de heer A. Hollander nadat de fabrikant van het infuusapparaat het apparaat had onderzocht
- Na 8 december 2003** De apotheker neemt contact op met een van de collega's van dr. Jansen. Op diens receptenpapier en dat van een andere collega had dr. Jansen zich op 5 en 8 december in totaal tachtig tabletten Dormicum® voorgeschreven
- 10 december 2003** Dr. Jansen wordt namens de raad van bestuur (drs. T.R. Zijlstra) op non-actief gesteld en gaat met ziekteverlof
- 23 december 2003** Dr. Jansen wordt in zijn werkkamer aangetroffen. Zijn collega's vragen de raad van bestuur (drs. R. Ramaker) om terugkeer van dr. Jansen te voorkomen. De heer Ramaker zegt toe binnen enkele weken met reactie te komen. De eerste foute diagnoses van dr. Jansen komen door overname van zijn praktijk aan het licht. Een van de collega's van dr. Jansen neemt anoniem contact op met de inspectie
- 2004**
- 16 januari 2004** Het Medisch Spectrum Twente voert gesprek met dr. Jansen waarin wordt afgesproken dat over werkhervatting kan worden gesproken als uit een op waarheid berustend schrijven van professionele hulpverlener blijkt dat dat verantwoord kan
- 16 februari 2004** Concept van vertrekregeling van dr. Jansen wordt door drs. T.R. Zijlstra aan raad van bestuur voorgelegd
- eind februari 2004** Raad van bestuur ontvangt brief van psychiater van dr. Jansen dat deze weer handelingsbekwaam is
- 26 februari 2004** De omvang van het aantal verkeerde diagnoses wordt langzamerhand duidelijk en leidt tot brief van vakgroepcoördinator aan de raad van bestuur dat terugkeer van dr. Jansen niet wenselijk is
- 26 februari 2004** De raad van bestuur bespreekt met dr. Jansen vertrekregeling
- 10 maart 2004** Een verslaggever van De Telegraaf informeert bij een woordvoerder van de inspectie naar gedwongen vertrek van aan opiaten verslaafde neuroloog in Enschede. De woordvoerder meldt de vragen in bijeenkomst van het College van Hoofdinspecteuren (in aanwezigheid van de heren Kingma en Edgar). Het college neemt kennis van de vragen.
- 10 maart 2004** Senior inspecteur Nugteren belt naar aanleiding van de vragen van De Telegraaf met de voorzitter van de raad van bestuur, drs. R. Ramaker. Deze verzekert de inspectie dat geen sprake is van opiatenverslaving, maar van 'gerommel in de medicijnkast'. Inspectie zou niet zijn ingelicht omdat geen sprake was van onverantwoorde zorg
- 12 maart 2004** Inspectie vraagt de raad van bestuur schriftelijk om de inspectie op de hoogte te houden van de vorderingen bij de totstandkoming van de vertrekregeling met dr. Jansen

17 maart 2004	In telefonisch contact met drs. T.R. Zijlstra vraagt de inspectie naar de stand van zaken rond de vertrekregeling. Die zou binnen enkele dagen worden afgerond
23 maart 2004	Overleg tussen de raad van bestuur en de inspectie. Kwestie dr. Jansen komt uitgebreid aan de orde en de inspectie krijgt toezegging dat aan vertrekregeling wordt gewerkt
29 maart 2004	Clusteroverleg van de inspecteurs in regio. Inspecteur kondigt gesprek aan met dr. Jansen. Doel is om hem uit te laten schrijven uit het BIG-register
7 april 2004	De inspectie informeert nogmaals naar de vertrekregeling van dr. Jansen. Drs. T.R. Zijlstra verkeert dan niet langer in de positie van functionerend lid van de raad van bestuur. Per 15 juli 2004 vertrekt hij bij het Medisch Spectrum Twente
8 april 2004	Secretaris van de raad van bestuur laat de inspectie weten dat dr. Jansen andere advocaat heeft en dat de onderhandelingen over de vertrekregeling nog lopen. Voor de inspectie is nu de maat vol. Zij wendt zich rechtstreeks tot dr. Jansen en nodigt hem uit voor een gesprek
16 april 2004	Medewerker van zorgverzekeraar Menzis neemt contact op met de inspectie om te melden dat dr. Jansen zich schuldig heeft gemaakt aan u-bochtconstructie bij declaratie medicijnen en voorschrijven van medicijnen voor eigen gebruik
19 april 2004	Menzis bevestigt de op 16 april aan de inspectie telefonisch doorgegeven bevindingen schriftelijk
19 april 2004	Een verslaggever van De Telegraaf vraagt bij de inspectie naar de stand van zaken in het onderzoek van de inspectie naar de neuroloog van het Medisch Spectrum Twente
24 mei 2004	Gesprek van de inspectie met dr. Jansen over 'onvoorwaardelijke afspraken'
28 mei 2004	De inspectie deelt Menzis mee dat de brief van Menzis van 19 april 2004 voor de inspectie aanleiding is voor een nader onderzoek "om vast te stellen of sprake is een structurele tekortkoming in de gezondheidszorg"
12 juli 2004	Inspectie vraagt bij de psychiater en psycholoog van dr. Jansen informatie op (een van de 'onvoorwaardelijke afspraken')
14 juli 2004	De inspectie verricht bij apotheek in Enschede onderzoek. Dr. Jansen heeft vier recepten vervalst, waarvan de laatste op 24 mei 2004
23 juli 2004	De inspectie benadert een onafhankelijke psychiater met verzoek om dr. Jansen te onderzoeken en onderzoeksrapport aan de inspectie toe te zenden
4 augustus 2004	Inspectie legt de casus van dr. Jansen telefonisch en geanonimiseerd voor aan de officier van justitie in Almelo. Bij strafbare feiten na 24 mei 2004 zal alsnog worden overgegaan tot aangifte
2005	
7 januari 2005	De psychiater die op 12 juli 2004 is gevraagd om informatie over zijn patiënt (dr. Jansen) te verstrekken laat de inspectie weten dat hij zich niet competent acht de vragen naar bekwaamheid en geschiktheid van dr. Jansen te beantwoorden
4 april 2005	Dr. Jansen wordt onderzocht door de onafhankelijke psychiater die in opdracht van de inspectie een rapport zou opstellen (zie ook 23 juli 2004)
29 april 2005	Onafhankelijke psychiater stuurt het in opdracht van de inspectie opgestelde onderzoeksrapport over dr. Jansen op naar de inspectie. Psychiater waarschuwt voor herhaling van medicijnverslaving als dr. Jansen weer als arts aan de slag gaat en dus met medicijnen in aanraking komt
6 juni 2005	Dr. Jansen belt met de inspectie en vraagt naar standpunt van de inspectie over rapportage van de onafhankelijke psychiater. Dr. Jansen reageert blij verrast: de inspecteur heeft het rapport goeddeels gelezen
6 juni 2005	Het Tweede Kamerlid Hilbrand Nawijn verzoekt de minister in een brief de inspectie in te schakelen naar aanleiding van de klacht van de heer A. Hollander
29 juni 2005	De senior inspecteur in de regio informeert naar aanleiding van de brief van het Tweede Kamerlid Nawijn de hoofdinspecteur curatieve zorg over de achtergrond van het vertrek van dr. Jansen uit het Medisch Spectrum Twente
7 juli 2005	Tweede gesprek van de inspectie met dr. Jansen. De op 24 mei 2004 vastgelegde afspraken worden herbevestigd. Dr. Jansen zegt medewerking van zijn (nieuwe) psychiater toe
24 september 2005	Publicatie van artikel in Tubantia over dr. Jansen (over claims na foute diagnoses)
7 oktober 2005	Journalist van Tubantia doet bij de inspectie navraag naar afhandeling klachten over dr. Jansen
7 oktober 2005	Inspectie vraagt met spoed bij regionaal tuchtcollège uitspraak op over tuchtklacht van mevrouw Damink-Huisman die ze in november 2001 heeft ingetrokken

19 oktober 2005	Medewerker van zorgverzekeraar Menzis meldt bij inspectie dat ze op een conferentie de directeur van een Duitse kliniek heeft gesproken waar dr. Jansen heeft gesolliciteerd. En passant vraagt ze ook naar de stand van zaken van het door de inspectie aangekondigde onderzoek (zie 28 mei 2004)
24 oktober 2005	Dr. Jansen belt met inspectie en vertelt dat hij graag aan de slag wil als arts. Hij heeft contacten gelegd om weer te gaan solliciteren, onder andere bij een ziekenhuis in Spijkenisse
25 november 2005	Inspectie doet bij zorgverzekeraar Menzis navraag naar receptvoorschrijving door dr. Jansen om na te gaan of hij nog steeds verslaafd is (een van de 'onvoorwaardelijke afspraken' van 24 mei 2004)
8 december 2005	Psychiater van dr. Jansen reageert op verzoek van inspectie om informatie, maar beroept zich op beroepsgeheim
2006	
3 januari 2006	Dr. Jansen belt met de inspectie en vraagt of en zo ja wanneer hij weer aan de slag kan als arts
3 januari 2006	Als vervolg op dit gesprek bericht de inspectie aan dr. Jansen dat hij aan alle voorwaarden voldoet en weer kan gaan solliciteren
14 maart 2006	Inspectie informeert dr. Jansen dat het onderzoek van Menzis naar zijn voorschrijfgedrag geen onregelmatigheden heeft opgeleverd (zie 25 november 2005)
21 maart 2006	Dr. Jansen informeert de inspectie dat hij heeft gesolliciteerd bij een ziekenhuis in Duitsland
21 juni 2006	De inspectie neemt met de directie van het ziekenhuis in Duitsland contact op en verneemt daar dat dr. Jansen (anders dan overeengekomen in de 'onvoorwaardelijke afspraken') niet over zijn verslaving had gesproken tijdens de sollicitatie
10 juli 2006	Dr. Jansen verschaft in een brief aan de inspectie uitleg over wat hij bij zijn sollicitatie aan de directeur van het ziekenhuis heeft meegedeeld
19 juli 2006	Inspectie laat aan dr. Jansen weten tevreden te zijn over zijn uitleg

Bijlage 7

Lijst van personen

Bij de personen die de commissie heeft gesproken of waarmee de commissie anderszins contact heeft gehad is dat vermeld

ir. H.J.B.M. (Henk) Abeln	Partner Twijnstra Gudde, voorzitter commissie-Abeln (2001)
de heer L. (Lucien) Baard	verslaggever van Tubantia
mevrouw drs. F. (Fransien) van ter Beek	hoofd voorlichting en communicatie van de inspectie per e-mail
professor mr. R. (Roel) Bekker	secretaris-generaal VWS (1 januari 1998 tot 1 april 2007) Gesprek in Den Haag 25 februari 2010
professor dr. H.G. (Henk) Bijker	voorzitter raad van bestuur MST (1 januari 1997-1 januari 2004) Gesprek in Den Haag 26 februari 2010
mevrouw dr. E. (Els) Borst-Eilders	minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1994-2002)
drs. R.J. Boumans	inspecteur voor de gezondheidszorg
dr. A. (Alex) Brenninkmeijer	Nationale ombudsman Oriënterend gesprek in Den Haag 25 januari 2010
dr. P.J.A.M.(Paul) Brouwers	neuroloog MST Verkennd gesprek in Enschede 4 februari 2010
de heer J. (Jan) Colijn	journalist van De Telegraaf
mr. G. (Geo) Dam	officier van justitie Arrondissement Almelo
mevrouw G.M. (Ineke) Damink-Huisman	patiënte van dr. E. Jansen Verkennd gesprek in Enschede 16 februari 2010
de heer H. Damink	echtgenoot van mevrouw G.M. Damink-Huisman Verkennd gesprek in Enschede 16 februari 2010
de heer B.A. Draisma	toezichtsmedewerker van de inspectie Briefing in Utrecht op 18 maart 2010
drs. P.A.W. (Patrick) Edgar	hoofdinspecteur curatieve zorg (tot 1 juni 2007) Gesprek in Den Haag 9 maart 2010
drs. M.M.M. Eijsvogel	longarts in het Medisch Spectrum Enschede
drs. W. (Willem) Geerlings	voorzitter van de raad van bestuur van Medisch Centrum Haaglanden, lid van de klankbordgroep van de commissie Gesprek in Den Haag op 30 maart 2010

mevrouw A.M. (Melina) van Gunsteren MSc	adviseur bureau bestuursondersteuning van de inspectie Oriënterend gesprek in Den Haag 29 januari 2010 (samen met dr. G. van der Wal)
mevrouw drs. I.J.M. Harms	geneeskundig adviseur Menzis (in 2004)
drs. A.H. Hilbers	lid van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente (2009-)
de heer A. Hoekstra	inspecteur voor de gezondheidszorg
de heer A. (Albert) Hollander	echtgenoot van mevrouw M. Hollander-van der Meer per e-mail
mevrouw M. (Margo) Hollander-van der Meer	patiënte van dr. Jansen
drs. J.F. (Hans) Hoogervorst	minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003-2007)
professor dr. J.H. (Herre) Kingma	inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg (1 juni 2000-1 februari 2006) voorzitter raad van bestuur MST (1 februari 2006-) Gesprek in Den Haag 9 maart 2010
dr. H. Knoche	directeur Sankt Georg Krankenhaus in Schallenberg
D. (Dirk) Kroese	adjunct-inspecteur voor de gezondheidszorg
professor mr. dr. J. (Johan) Legemaate	hoogleraar gezondheidsrecht Vrije Universiteit te Amsterdam juridisch adviseur en beleidscoördinator gezondheidsrecht van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde Oriënterend gesprek in Den Haag op 19 maart 2010
professor dr. W. (Wolter) Lemstra	voorzitter commissie-Lemstra Informeel gesprekken in Apeldoorn op 11 februari en 15 april 2009
P. (Peter) Lens mevrouw J.G.W. Lensink MScN	inspecteur voor de gezondheidszorg lid van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente (2007-)
F. (Freek) Linnebank	lid van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente (1997-2000)
mr. M. (Marina) de Lint	secretaris commissie-Lemstra-1 en -2 Informeel gesprekken in Apeldoorn op 11 februari en 15 april 2009
mevrouw mr. E.L. Lodeweges-Hulscher	inspecteur/juriste van de inspectie voor de gezondheidszorg per e-mail
drs. G.H.O. (Geert) van Maanen	secretaris-generaal VWS (1 april 2007-) Gesprek in Den Haag op 25 februari 2010

professor drs. M.H. (Rien) Meijerink	voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg lid van de klankbordgroep van de commissie Gesprek in Den Haag op 30 maart 2010
drs. F.W. (Wilfred) Mijnheer	inspecteur voor de gezondheidszorg telefonisch en e-mail
dr. Th. (Thomas) Mokrush	directeur van de Hedon Klinik in Lingen
mr. H.P.A. (Hilbrand) Nawijn	lid van de Tweede Kamer 2003-2007, minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie (2002)
dr. J. (Jik) Nihom	neuroloog MST Verkennd gesprek in Enschede 4 februari 2010
dr. W.A.H. (Willem) Nugteren	senior inspecteur voor de gezondheidszorg (1 januari 2004- 1 mei 2009) Gesprek in Den Haag 4 maart 2010
drs. N.C. (Nico) Oudendijk	plv. inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg (22 december 2004-1 maart 2008) Gesprek in Den Haag 4 maart 2010
drs. E.J. (Bert) Overkamp	interim voorzitter raad van bestuur MST (1 mei 2005-1 maart 2006) Gesprek in Den Haag 26 februari 2010
dr. P.J.E. (Petra) Poels	neuroloog MST (tot 2008) Verkennd gesprek in Boxmeer 11 februari 2010
professor dr. H.A.P. (Huib) Pols	vice-voorzitter van de raad van bestuur van Erasmus Medisch Centrum lid van de klankbordgroep van de commissie Gesprek in Den Haag op 30 maart 2010
H.A.P.M. (Hans) Pont	voorzitter van het onderzoek naar klachten over intimidatie binnen de inspectie (2004)
mevrouw mr. B.A. (Barbara) Prins	hoofd juridische zaken en handhaving van de inspectie Oriënterend gesprek in Den Haag op 9 maart 2010
drs. R. (Ruud) Ramaker	voorzitter van de raad van bestuur van het medisch Spectrum Twente (1 oktober 2003-1 juni 2005)
dr. D.J.B. (Dirk) Ringoir	inspecteur voor de gezondheidszorg per e-mail
drs. M.J. (Martin) van Rijn	directeur-generaal gezondheidszorg (van 2003 tot 2008) Gesprek in Den Haag 8 april 2010
drs. W.M.C.L. (Wim) Schellekens	hoofdinspecteur curatieve zorg (1 juni 2007-) Gesprek in Den Haag 4 maart 2010
mr. A.H. (Ankie) Schoenmaker-Miedema, arts	inspecteur voor de gezondheidszorg (-1 januari 2004) per e-mail

mevrouw E. (Erica) Terpstra	lid van de Tweede Kamer van 1977-1994 en van 1998-2003, staatssecretaris van Volksgezondheid, Sport en Welzijn van 1994-1998
mevrouw mr. P.H.M. (Patricia) van der Valk	officier van justitie Arrondissement Almelo per brief en telefonisch
mr. J.D. (Dik) Veltman	lid en voorzitter raad van toezicht MST (1998-2010) Gesprek in Den Haag 4 maart 2010
mr. H. J. ter Vergert	secretaris van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente
professor dr. G. (Gerrit) van der Wal	inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg (vanaf 2007) Oriënterend gesprek in Den Haag 29 januari 2010 (samen met mevrouw A.M. van Gunsteren) Gesprek in Den Haag 9 maart 2010
E.C.M. (Els) van der Wilden-van Lier arts MG	manager landelijke inkoop tweedelijnszorg Menzis Zorg (tot 1 december 2009) Verkenkend gesprek in Almelo 16 februari 2010
drs. T.R. (Tom) Zijlstra, arts	lid raad van bestuur MST (1 februari 2001-1 juli 2004) Gesprek in Andel 2 maart 2010

Bijlage 8

Verslagen van gesprekken

Van de gesprekken zijn geen woordelijke verslagen gemaakt. Waar de commissie aan het woord is in de verslagen zijn de desbetreffende passages cursief weergegeven.

professor dr. R. Bekker
professor dr. H.G. Bijker
drs. P.A.W. Edgar
professor dr. J.H. Kingma
drs. G.H.O. van Maanen
dr. W.A.H. Nugteren
drs. N.C. Oudendijk
drs. E.J. Overkamp
drs. R. Ramaker
drs. M.J. van Rijn
drs. W.M.C.L. Schellekens
mr. A.H. Schoenmaker-Miedema, arts
mr. J.D. Veltman
professor dr. G. van der Wal
drs. T.R. Zijlstra, arts

Professor dr. R. Bekker

25 februari 2010

De heer Bekker was secretaris-generaal van 1 januari 1998 tot 1 april 2007. De heer Bekker herinnert zich niet dat hij als secretaris-generaal op de hoogte is gesteld van het disfunctioneren van dr. Jansen. Op het moment dat hij erover hoorde, speelde het reeds in de publiciteit. Dat is ook niet verwonderlijk, want het gebeurde maar zeer incidenteel dat de inspectie individuele zaken meldde aan de secretaris-generaal. Een uitzonderlijk voorbeeld was het overlijden van Sylvia Millegam. Vanwege de publicitaire gevoeligheid is hij daarover wel geïnformeerd. De kwestie rond het disfunctioneren van dr. Jansen is typisch een voorbeeld van gebeurtenissen waarvan het niet de bedoeling en niet gebruikelijk was hem als SG op de hoogte te stellen. Het ziekenhuis in Twente was de heer Bekker wel bekend vanwege de voorgeschiedenis van de fusie maar niet vanwege dr. Jansen. Naast het feit dat het niet gebruikelijk was, vond en vindt hij dat het niet de prioriteit van de inspectie is om achter individuele meldingen aan te gaan. Dit is naar zijn oordeel zelfs, gelet op de primaire taak van de inspectie, volstrekt onmogelijk.

Op grond van artikel 36 van de Gezondheidswet dient de inspectie een andere rol te vervullen dan het onderzoeken van individuele zaken. Op dit punt ziet men regelmatig - aldus de heer Bekker - zeker in de Tweede Kamer, verschuiving van accenten plaatsvinden. In de beleving van de heer Bekker is het ongewenst en volstrekt onmogelijk om als een soort gezondheids politie bij ieder individueel geval op te treden. Uit een destijds op zijn verzoek uitgevoerd onderzoek blijkt dat een tandarts één keer per tweehonderd jaar wordt bezocht door de inspectie, huisartsen eens in de vijftig jaar. Er ligt een relatie tussen het aantal inspecteurs en bezoeken aan beroepsbeoefenaren. Het is een illusie te denken dat de inspectie op enige betekenisvolle wijze individuele meldingen zou kunnen oppakken. De inspectie functioneert niet als klachtenontvanger: het is de taak van de inspectie om te waarborgen dat er binnen de zorginstellingen een goede klachtenregeling is opgezet en functioneert.

Volgens de heer Bekker verkeert de inspectie in een buitengewoon moeilijke positie omdat er volledig andere verwachtingen over haar functioneren leven. Het is een illusie om met een apparaat van 300-400 fte's de kwaliteit van de gezondheidszorg te waarborgen in een veld met een miljoen werknemers in de gezondheidszorg. Toch bestaat het idee dat de inspectie optreedt als controleur. Wat dit betreft is het goed even terug te blikken op de jaren tachtig. Toen politiseerde de gezondheidszorg en groeide de aandacht voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het was voor de rijksoverheid een worsteling om op dit vlak beleid te voeren. Onder minister Borst werd de belangstelling voor de inhoudelijke kant van de zorg groter. Dit leidde vervolgens tot nieuwe wetgeving gericht op kwaliteit en rechten van patiënten. Zo kwam de inspectie in de rol van ombudsman van de zorg. Artikel 36 van de Gezondheidswet zegt dat de inspectie is belast met het uitvoeren van onderzoek naar de staat van de gezondheid en het aanwijzen van middelen tot verbetering daarvan. In de nieuwe wetgeving in de jaren negentig werd de wet klachtrecht cliënten zorgsector en de wet kwaliteit zorginstellingen toegevoegd en werd de inspectie na aanpassing van artikel 36 belast met handhaving van de wetgeving van de zorg.

In de jaren negentig ontwikkelde de rol van de inspectie zich meer en meer tot ombudsman en klachtenbehandelaar. Het werd altijd gezegd dat men met individuele klachten zich niet diende te wenden tot de inspectie. Maar kun je zeggen ik ben er wel maar luister niet naar ernstige klachten? Het feit dat je er bent en er verwachtingen bestaan, ook bij de Tweede Kamer, leidde tot die rol. De heer Bekker typeert deze rol als onuitvoerbaar zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht.

Als secretaris-generaal was de heer Bekker betrokken bij de reorganisatie van de inspectie, met name op het gebied van kwaliteitsverbetering. De verandering werd ingezet met de fusie van de toen bestaande drie hoofdinspecties die naast elkaar hun taken uitvoerden. Daarnaast was er sprake van een buitengewoon ongunstige verhouding tussen het primaire proces (veertig procent) en overhead (zie ook de rapporten van de Algemene Rekenkamer en de commissie-Abeln). Eerlijk gezegd, zo geeft de heer Bekker aan, was er sprake van een onsamenhangende organisatie met relatief weinig capaciteit. Onder leiding van de heren Verhoef, Vree en Kingma werd het roer omgegooid. Met name de heer Kingma heeft de inspectie op de kaart gezet met het ontwikkelen van methoden en technieken en een risicobenadering in plaats van focus op individuele incidenten. Er werd een omslag gemaakt naar het primaire werk met meer capaciteit. De heer Bekker onderstreept graag dat dit een buitengewoon goede ontwikkeling is.

De heer Bekker wijst erop dat een land met een goede gezondheidszorg in feite geen inspectie behoeft (zie Zwitserland). Verantwoordelijkheid van de kantons voor de gezondheidszorg is in Zwitserland groot: de kantons worden serieus genomen en de mondigheid van de burger is groot. Verzekeraars, burgers, belangenbehartigers e.d. zijn in staat voor de eigen belangen op te komen. In Nederland bestaat de illusie dat de inspectie optreedt als overall kwaliteitsbewaker. De verantwoordelijkheid door de beroepsgroepen wordt in Zwitserland sterker beleefd dan in Nederland.

De heer Bekker is voorstander om de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit neer te leggen bij de sector zelf, bijvoorbeeld bij de wetenschappelijke verenigingen, de Orde van Medisch Specialisten, KNMG etc. Dus privatiseren en het overlaten aan de markt (zelfregulering). De beroepsgroepen hebben voorzieningen zoals het Medisch Tuchtcollege: de illusie wordt ten onrechte instandgehouden dat de overheid garant staat voor de kwaliteit in de zorg. De heer Bekker heeft destijds (onder minister Borst) het voorstel van de commissie-Abeln om de inspectie in omvang te verdubbelen ontraden: er was geen sprake van budgettaire ruimte voor zo'n uitbreiding en hij ziet, zoals eerder aangegeven in het gesprek, geen relatie tussen uitbreiding en wettelijke doelstelling. De interesse van de bewindslieden voor de inspectie was, in de jaren dat de heer Bekker secretaris-generaal was, wisselend: bij de ene minister veel, maar bij een ander nauwelijks interesse in de inspectie. Het huidige kabinet neigt weer tot uitbreiding: de huidige minister van Volksgezondheid trapt te gemakkelijk in de val toe te geven aan het verlangen dat de minister alles regelt op het gebied van de zorg. De beroepsgroep vindt het prachtig dat de overheid alles opvangt en leunt dan ook achterover.

De heer Bekker pleit ervoor terug te gaan naar de kern van artikel 36 van de Gezondheidswet en de daar genoemde functies scherper van elkaar te onderscheiden. De inspectie is in 1820 opgericht in een tijd dat er geen ministeries waren. De Gezondheidswet is rond 1900 ingevoerd. Het is van het grootste belang dat de inspectie zich meer gaat richten op de kwaliteit van de zorg in het algemeen, en niet in specifieke gevallen. Dat moet internationaal worden aangepakt omdat steeds meer grensoverschrijvende vormen van gezondheidszorg ontstaan (bijvoorbeeld ingewikkelde hartoperaties bij ongeboren kinderen in Duitsland). Als voorbeeld van zo'n aanpak noemt de heer Bekker de aanpak op het gebied van de farmacie waarbij de overheid op grote afstand kijkt of het systeem goed functioneert. Op het gebied van kwaliteit dient veel te gebeuren: het oprichten van een kwaliteitinstituut moet aan de partijen in de zorgmarkt worden overgelaten, vindt de heer Bekker.

De heer Hoekstra vraagt of analoog aan de advocatuur de verantwoordelijkheid voor de handhaving van de tuchtrecht, kwaliteit en wetgeving binnen de beroepsgroep kan worden neergelegd, bv. door het oprichten van een publiekrechtelijke organisatie voor de sector zorg waarin het algemeen belang een vitale positie heeft.

De heer Bekker wijst erop dat dit soort ideeën vaker zijn geuit, maar dat de politiek, veelal startend in de linkerflank en groeiend naar een tamelijk solide meerderheid, graag de illusie van de staatsverantwoordelijkheid op het gebied van de zorg, ook in specifieke gevallen, in stand houdt.

De heer Bekker ziet mogelijkheden om de Nationale Ombudsman klachtenbehandelaar te laten zijn. Om op een goede wijze met klachten om te gaan, dient er wel sprake te zijn van een voorziening: de behandelovereenkomst is in de zorg een sterk onderbelicht fenomeen. Een ombudsman voor de zorg als nationale voorziening is, kijkend naar andere sectoren, zeker een goede optie voor klachten die gestrand zijn in het reguliere systeem.

De heer Hoekstra brengt de concrete casus van de Twentse neuroloog in het gesprek.

De heer Bekker bestrijdt niet dat sprake was van een structureel foute situatie die specifiek onder de aandacht van de inspectie en het departement had dienen te worden gebracht.

Sinds 1998 maakt de hoofdinspecteur deel uit van de ministerstaf. Wat is de ratio van het op het departement meer betrekken van de positie van de inspectie in de beleidssector, zo vraagt de heer Hoekstra.

De heer Bekker reageert dat de ministerstaf niet het centrale beleidsontwikkelande gremium is. De positie van de inspectie in de ministerstaf betreft de functie 'ogen en oren' voor de minister. De heer Bekker vond dat de inspectie daarbij hoorde en was bovendien beducht voor het te zeer koesteren van de autonomie van de inspectie. Hij heeft daarover veel discussies met de heer Kingma gevoerd. Deze had wel eens de neiging om zonder voorbericht (met de beste bedoelingen) politiek-gevoelige uitspraken te doen. De minister werd daarop dan aangesproken en had het graag tevoren geweten. Om de inspectie niet het argument te geven 'ik hoor er niet bij, dus ik mag mijn gang gaan' heeft de heer Bekker voor de inspectie een plaats in de ministerstaf ingeruimd.

De heer Hoekstra informeert naar het gebruik van het in 1998 ingevoerde informatieformulier.

De heer Bekker reageert dat niet zozeer sprake is van een werkelijk formulier, maar een afspraak dat de directeuren-generaal wekelijks informatie verstrekken over actuele zaken.

In de casus van dr. Jansen is er sprake van dat twee Tweede Kamerleden (mevrouw Terpstra en de heer Nawijn) contact zochten met de inspectie respectievelijk via het ministerie met de inspectie naar aanleiding van klachten over het functioneren van de neuroloog in Twente. De heer Hoekstra wil weten wat er met zo'n contact is gebeurd.

De heer Bekker wijst op de algemene afspraak dat indien een Kamerlid met een andere dan feitelijke vraag zich wendt tot een ambtenaar van VWS deze vraag gemeld dient te worden. Dit is blijkbaar niet gebeurd. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat vrijwel iedere inspecteur de opvatting heeft dat hij autonoom is. Het zou de heer Bekker niet verbazen indien deze houding, vooral in de curatieve hoek (waar veel artsen werken), een rol heeft gespeeld in het niet melden van de benadering door de Kamerleden.

In reactie op de vraag van de heer Hoekstra of de inspectie weleens door de minister is ingezet voor het bereiken van beleidsdoeleinden, meldt de heer Bekker dat de bevoegdheid tot het geven van een 'aanwijzing' bij zijn weten maar zeer sporadisch is gebruikt (bijvoorbeeld Den Dolder). Bij de IJsselmeerziekenhuizen is er indertijd mee gedreigd maar dat was op het randje. Het is dus een instrument waarmee geen ervaring bestaat en waarvan de hantering dus ook niet makkelijk kan worden overzien.

Kijkend naar de actuele situatie met betrekking tot het Atrium-ziekenhuis in Heerlen kan de inspectie in een lastige positie verkeren. De heer Bekker herinnert zich regelmatig het gevoel gehad te hebben dat de inspectie in het licht van de professionele autonomie meehielp het ministerie 'voor het blok te zetten of in de wielen te rijden'. De heer Kingma heeft daar een eind aan gemaakt.

De commissie-Abeln heeft geadviseerd de inspectie de wettelijke bevoegdheid te geven tot het schorsen van disfunctionerende specialisten. Dit advies is nog steeds niet in de wet opgenomen.

De heer Bekker typeert dit rapport als indringend en goed en zeker waardevol om op onderdelen in de wetgeving neer te leggen. Ten tijde van het opstellen van de rapportage van de commissie-Abeln was er veel gedoe bij en met de inspectie: inspecteurs wendden zich anoniem tot de pers met klachten over interne zaken. In zijn algemeenheid was bekend dat er sprake was van een slecht functionerende dienst. De heer Bekker was het niet eens met de aanbeveling van de commissie de inspectie qua menskracht drastisch uit te breiden. Zoals eerder in het gesprek aangegeven vond de heer Bekker dat geen oplossing. De bevoegdheid tot schorsing van disfunctionerende specialisten berust bij de minister: bijvoorbeeld door het ongedaan maken van inschrijving in het BIG. Er is naar de mening van de heer Bekker sprake van een grote ambivalentie van politieke zijde: enerzijds illusie hoog houden over controlefunctie en anderzijds grote mate van terughoudendheid in het opleggen van maatregelen. Het opleggen van bestuurlijke boetes ligt nu ter behandeling in de Eerste Kamer. Een sluiting van een intensive care-afdeling leidt vaak tot Kamervragen en veel krakeel. Je moet in dergelijke situaties als inspectie wel kunnen rekenen op de steun van de minister.

Ingegeven door de opmerking van de heer Hoekstra dat de inspectie met de Belastingdienst zou zijn te vergelijken reageert de heer Bekker zich iets te kunnen voorstellen bij een inspectie als (zelfstandig) onderdeel van het ministerie. Dit is overigens een hybride figuur: het ministerie komt oorspronkelijk voort uit de inspectie. De heer Bekker wijst op het boek over de geschiedenis van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid dat ter gelegenheid van het 200 jaar bestaan is verschenen. Het plaatsen van het onderwerp in een historisch perspectief kan een verklaring geven waarom het is zoals het is.

De heer Bekker vindt de conceptuele vormgeving van de inspectie met betrekking tot handhaving en staatstoezicht onder de maat. Men is nu bezig met vernieuwend toezicht. Elke keer toch weer komt de inspectie in een vreemde spagaat: aan de ene kant zegt de Kamer weg met de inspectie (deregulering) en aan de andere kant roept de Kamer even hard 'verdubbelen'.

De heer Hoekstra vraagt of het een goede gedachte is om de taak wat betreft de handhaving onder te brengen bij de Nationale Zorgautoriteit.

De heer Bekker merkt op dat dit al eens overwogen is. De Zorgautoriteit in zijn huidige vorm is eigenlijk het oude CTG (College Tarieven Gezondheidszorg). Taak van kwaliteit en klachtenbehandeling (ombudsman) zou in een zorgautoriteit ondergebracht kunnen worden. De heer Bekker zou niet kiezen voor het onderbrengen van de kwaliteitstaak in het RIVM. Het RIVM is al overbelast met uiteenlopende taken en richt zich met name op de publieke gezondheidszorg.

Tot slot informeert de heer Hoekstra naar wat de heer Bekker achteraf terugkijkend, signaleert als wat men had moeten doen.

De heer Bekker gaat af op hetgeen hij gelezen heeft en constateert dat de personen die melding hadden moeten doen, dit niet hebben gedaan: de medisch specialist zelf, de vakgroep, de medische staf, de raad van bestuur en de raad van commissarissen. De vragen van Terpstra en Nawijn hadden bij de inspectie moeten leiden tot een melding, minimaal bij de hoofdinspecteur met een aldaar weloverwogen behandeling. En vervolgens melding met wijze van afhandeling bij de secretaris-generaal. De signalen hadden meer aandacht moeten krijgen dan ze kennelijk hebben gehad. Voor zover hij kan overzien is er geen afweging gemaakt: ook niet binnen de inspectie. Maar tegelijkertijd wijst de heer Bekker nogmaals op de valkuil van de aandacht voor individuele gevallen.

De inspectie verkeerde gedurende de periode dat de heer Bekker werkzaam was als secretaris-generaal in een complexe context en in grote verwarring op zoek naar een koers waarbij sprake was van individualistische inspecteurs met grote mate van eigenwijsheid die vaak niet waren opgewassen tegen de eisen en deskundigheid van de medisch specialist. Het ziekenhuis waar de betrokken neuroloog werkzaam was beschikte over een matige reputatie en was bezig met een fusie. Kortom een situatie met gebrek aan balans.

De heer Bekker heeft dit verslag op 22 maart 2010 geautoriseerd.

Professor dr. H.G. Bijker

26 februari 2010

De heer Bijker was voorzitter van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente van 1 januari 1997 tot 1 januari 2004. In zijn beleving waren de contacten met de inspectie (met alle elkaar opvolgende inspecteurs) goed en constructief. Het meldingsbeleid in Medisch Spectrum Twente was naar zijn mening ruimhartig: er werd niet geschroomd calamiteiten bij de inspectie te melden. Het reguliere overleg tussen inspectie en raad van bestuur bestond veelal uit twee delen: enerzijds de bespreking van de strategische aspecten, zoals de toekomst van de locatie Oldenzaal etc. en anderzijds de patiëntencasuïstiek. Zijn collega's, achtereenvolgens de heren Linnebank en Zijlstra, namen dit laatste deel van het overleg voor hun rekening: de heer Bijker trok zich dan veelal terug uit de bespreking.

Achteraf, dat wil zeggen met de wijsheid van nu, zou de inspectie de zorginstellingen, en dus ook Medisch Spectrum Twente, wel wat kritischer hebben mogen bejegenen. De raad van bestuur gaf echter gewetensvol, zonder verdraaiingen (maar ook zonder de problemen groter te maken), de relevante informatie. De inspectie hoorde aan, registreerde, trok vervolgens conclusies en maakte zo nodig afspraken over het vervolg. De term 'gezondheidspolitie' die in den lande weleens gehoord wordt, spoort niet met de ervaringen van de heer Bijker. De inspectie stelde zich meer op als partner dan als controleur.

De heer Bijker licht desgevraagd de taakverdeling toe binnen de raad van bestuur ten tijde dat hij werkzaam was in Medisch Spectrum Twente. De heer Bijker beheerde de portefeuilles strategie (versteving topklinisch profiel), personeelszaken, financiën, het medisch technisch centrum en het cluster Oldenzaal en was het 'gezicht naar buiten'. De elkaar opvolgende collega bestuurders (medici) namen de portefeuilles kwaliteit, patiëntgebonden zaken, het merendeel van de primaire clusters en het facilitair bedrijf voor hun rekening. Zij waren meer intern gericht. In het jaar waarin de heer Bijker afscheid nam, heeft de heer Zijlstra zich ook intensief met de ICT beziggehouden.

De heer Bijker meldt, in voorbereiding op het gesprek van heden, in MST oude dossiers nagelezen te hebben. Enkele zaken zijn hem daarbij opgevallen. In het rapport van de commissie Lemstra-I wordt melding gemaakt van een aantal zaken binnen de maatschap neurologie, die speelden in 1994 en 1996 (dus vóór aantreden van de heer Bijker in de raad van bestuur): verlenging opleidingserkenning voor een periode van slechts één jaar en over voorraadvorming van een duur geneesmiddel. De voorganger van de heer Bijker heeft bij de overdracht over veel gesproken, maar niet over de vakgroep neurologie. Vrij snel na zijn aantreden ontdekte de heer Bijker dat er vóór zijn komst wel samenwerkingsproblemen waren geweest. Een van de neurologen was daarom ontslagen en daarmee leek alles opgelost. Pas veel later bleek er toch meer aan de hand te zijn.

In 2001 heeft de heer Bijker gehoord over de klacht van mevrouw Damink. Hij heeft haar nooit ontmoet of gesproken. De heer Zijlstra heeft mevrouw Damink wel een keer gesproken. De contacten met haar werden vooral onderhouden door de secretaris van de raad van bestuur. De heer Bijker kan zich niet herinneren of tijdens het reguliere overleg met de inspectie op 20 maart 2001 mevrouw Damink in relatie tot dr. Jansen aan de orde is geweest, ook niet omdat hij, zoals eerder opgemerkt, niet deelnam aan de casuïstiekbesprekingen. Het secretariaat van de raad van bestuur had een klacht ontvangen van mevrouw Damink over een foute diagnose. De klacht is doorgeleid en afgehandeld door de klachtencommissie. De afhandeling is in het overleg met de inspectie aan de orde geweest. Later heeft mevrouw Damink een ander probleem ervaren. Het ging daarbij om afname van bloed voor nader onderzoek, zonder haar toestemming. Op een bepaald moment maakte mevrouw Damink, zoals recent bij navraag is gebleken, kenbaar compensatie te willen. Een financiële regeling, neergelegd in een contract, is toen getroffen. De heer Bijker heeft destijds drie vragen gesteld alvorens zijn handtekening te zetten onder die regeling: 'kan dit zo, is dit wat we willen en zijn we er dan ook vanaf?'. Op de drie vragen is positief geantwoord. Met de wetenschap van nu geeft de heer Bijker graag toe dat hij toch beter niet had kunnen tekenen.

De inspectie heeft in een daaropvolgend regulier overleg, zover hij weet, niet gevraagd naar de stand van zaken rond de afhandeling van de klachten van mevrouw Damink. Het enige dat de heer Bijker in deze casus heeft gedaan, is dus het zetten van zijn handtekening onder de regeling. De heer Bijker neemt daarvoor de volle verantwoordelijkheid, maar kan niet vertellen hoe daarna de discussie met de inspectie is verlopen. Terugkijkend was het wellicht beter geweest als de klacht van mevrouw Damink direct gemeld was aan de inspectie (aannemende dat dit niet onmiddellijk is gebeurd).

De heer Bijker had destijds van dr. Jansen Steur het beeld van een medicus met een goede reputatie, die wel een tikkeltje eigenzinnig was in zijn optreden. Die goede reputatie bleek uit het feit dat patiënten ook van buiten de regio de neuroloog Jansen Steur bezochten, onder meer voor de behandeling van de ziekte van Parkinson. Er bestonden voor de heer Bijker geen redenen om te veronderstellen dat dr. Jansen 'in de gaten moest worden gehouden'. Dat bleek volgens de heer Bijker ook niet uit enkele situaties, waarvan hij zich wel kan voorstellen dat de typering 'vreemde vogel' van toepassing zou kunnen zijn (onverwacht spreken tijdens uitvaartplechtigheid van een medewerkster en plaatsing van een overlijdensadvertentie van een asielzoeker die in Medisch Spectrum Twente was behandeld). De heer Bijker heeft dr. Jansen op beide zaken aangesproken.

De inspectie stuurde op 15 februari 2002 een brief aan de heer Zijlstra, lid van de raad van bestuur, over de klacht van de heer Hollander.

De gang van zaken was dat alle correspondentie zowel naar de heer Zijlstra als naar de heer Bijker ging. Door het secretariaat werd dan aangegeven wie, op grond van de geldende afspraken, de afhandeling op zich zou nemen. Het is de heer Bijker niet bekend of naar aanleiding van de brief van de inspectie onderzoek binnen het Medisch Spectrum Twente is uitgevoerd en/of een MIP-melding is gedaan. De aard van de klacht is de heer Bijker pas via de regionale pers in 2009 bekend geworden. Er is volgens hem maar een zijdelingse betrokkenheid van dr. Jansen bij deze kwestie.

Op 6 mei 2003 werd dr. Jansen betrapt bij het wegnemen van medicijnen uit de medicijnkast op een verpleegafdeling. De sleutel werd de arts afgenomen en hij kreeg de waarschuwing dat bij herhaling vergaande maatregelen zouden worden getroffen.

De heer Bijker vertelt dat hij pas eergisteren (dus 24 februari 2010) ontdekt heeft dat de eerste brief over deze kwestie niet in december 2003 is verstuurd, maar op 7 mei 2003 was gedateerd en gericht was aan de raad van bestuur. Achteraf kan worden vastgesteld dat de heer Bijker, ook omdat hij in dit soort kwesties geen portefeuillehouder was, niet genoeg aandacht heeft besteed aan deze brief. Met de wetenschap van nu zegt de heer Bijker dat een dergelijk schrijven had moeten leiden tot onverwijd optreden. Het leveren van bewijzen heeft destijds kennelijk een langere doorlooptijd gevergd dan (achteraf) gewenst.

De heer Bijker heeft begin 2003 de raad van commissarissen geïnformeerd over zijn voornemen te vertrekken. De raad stelde een lange inwerkperiode voor, gelet op de bestuurlijke discontinuïteit die bestond voordat de heer Bijker aantrad. De heer Bijker vond zo'n lange overlap niet nodig. De voorgestelde inwerkperiode van een half jaar werd teruggebracht tot drie maanden.

Op 1 oktober 2003 heeft de heer Bijker 'de fakkel' aan zijn opvolger overgedragen. De heer Bijker heeft zijn bureau opgeruimd, in november van een lange vakantie genoten en in december nog enkele zaken afgewikkeld. In die periode van drie maanden heeft de heer Bijker niet meer alles meegekregen wat er in het ziekenhuis gebeurde. Het nieuwe koppel Ramaker en Zijlstra vulde feitelijk samen de verantwoordelijkheid in, maar formeel droeg de heer Bijker nog de eindverantwoordelijkheid. Op 11 december 2003 heeft de heer Bijker, dus vlak voor zijn afscheid (terwijl hij zijn bureau al aan het opruimen was) voor het eerst gehoord dat er medicijnen werden weggenomen en heeft dit besproken met de heer Zijlstra. De heer Zijlstra zou de kwestie afhandelen en dat is ook gebeurd.

Gevraagd naar het contact tussen de apotheek en het ziekenhuis meldt de heer Bijker niet vóór november 2003 geïnformeerd te zijn geweest over de vervalsing van recepten.

De heer Bijker heeft een uitvoerig testament achtergelaten, maar daarin geen melding gemaakt van een situatie rond de neurologie omdat hem daarvan niets bekend was in de zin van problematiek dan wel mogelijk te verwachten problematiek. In de tijd dat de heer Bijker werkzaam was in Medisch Spectrum Twente zijn er diverse andere medisch specialisten vertrokken, soms met dwang en/of drang. De heer Bijker neemt afstand van het beeld dat er vanuit de raad van bestuur sprake zou zijn geweest van een zekere mate van lankmoedigheid. Hij geeft een aantal voorbeelden, waaruit blijkt dat soms via mediation getracht is zaken met de medisch specialisten op te lossen. Als dit niet mogelijk bleek dan werd het contract met een medisch specialist op grond van disfunctioneren beëindigd.

De heer Zijlstra zou de inspectie telefonisch geïnformeerd hebben over de vervalsing van geneesmiddelen door dr. Jansen.

De heer Bijker weet niet van dit telefonische contact maar geeft aan dat dit niet ongebruikelijk was: e-mailverkeer was nog niet zo ingeburgerd. Een telefonisch contact werd overigens vaak wel gevolgd door een brief.

De heer Bijker meldt desgevraagd dat er binnen het ziekenhuis geen sprake was van een helder geformuleerd beleid

welke zaken wanneer en op welke wijze onder de aandacht van de inspectie dienden te worden gebracht. Er werd door de raad van bestuur gehandeld op grond van een algemene notie wat gemeld diende te worden.

De raad van bestuur dient weliswaar in dit opzicht alles te melden wat afgesproken is, maar kan dat pas indien hem ook alles bekend is. De werkelijkheid is echter vaak anders. Activiteiten van medisch specialisten voltrekken zich, tot op zekere hoogte, in een soort black box. (Nota bene: Er was gezien de goede en open relatie met de inspectie geen enkele reden om zaken niet te melden).

Alle bij de inspectie gemelde problemen bij het disfunctioneren van artsen op een rijtje zettend is het dan niet verwonderlijk dat de inspectie het ziekenhuis niet onder een verscherpte vorm van toezicht heeft geplaatst?

De heer Bijker weerspreekt dit. Veel van de toen als 'problemen ondervonden situaties' vinden hun verklaring in de maatregelen die getroffen moesten worden met betrekking tot het ziekenhuis te Oldenzaal. De inspectie heeft dat beleid juist gesteund. De indruk dat in de periode 1994 tot 2009 van alles mis zou zijn geweest in Medisch Spectrum Twente is volgens de heer Bijker beslist onjuist. De inspectie kwam wellicht wat vaker om zaken tegen het licht te houden, maar altijd in een open, goed en constructief overleg. Achteraf gezien had de inspectie wellicht wat kritischer kunnen en moeten zijn.

Met de kennis van nu kwalificeert de heer Bijker de situatie rondom dr. Jansen als 'ernstig fout'. Als de raad van bestuur destijds het vermoeden had gehad dat er zaken in de 'black box' van de behandelkamer neurologie achterbleven, was er veel eerder tot actie overgegaan.

De heer Bijker heeft op 24 februari 2010, bij de voorbereiding van zijn gesprek, gelezen dat de waarnemer van dr. Jansen tijdens een vakantie van dr. Jansen (vóór 2000) heeft gemeld dat enkele door dr. Jansen gestelde diagnoses niet klopten. Van deze brief wordt ook melding gemaakt in het rapport van de commissie Lemstra. Deze overdracht bevatte belangwekkende signalen, maar is de heer Bijker niet bekend geweest. De brief zou aan de heer Linnebank op 23 april 1998 zijn overhandigd en/of toegezonden. De brief blijkt echter niet terug te vinden in het registratiesysteem van de raad van bestuur en evenmin in het dossier. De waarnemer heeft in zijn overdracht geen conclusies getrokken en geen vragen gesteld. De heer Bijker heeft bij Medisch Centrum Twente gevraagd na te gaan hoe en aan wie de brief destijds is aangeboden.

De raad van bestuur heeft in de onderzoeksperiode die de commissie-Hoekstra hanteert (2000 - 2009) geen meldingen gedaan bij de inspectie over verwaarlozing van zorg dan wel onverantwoorde zorg. De inspectie van haar kant heeft geen navraag gedaan naar afhandeling van de voorliggende klachten. Met de wetenschap van nu en met de nauwkeurigheid van nu zou men kunnen vinden dat van beide zijden anders gereageerd had moeten kunnen worden. De heer Bijker benadrukt nogmaals de indruk te willen wegnemen dat er destijds van alles aan de hand was in Medisch Spectrum Twente (slechte aansturing etc.) en dat de inspectie van alles zou hebben laten liggen. Het contact met de inspectie was open en goed.

Uit het rapport van de commissie-Lemstra I komt naar voren dat de inspectie onvoldoende geïnformeerd zou zijn geweest door de raad van bestuur.

De heer Bijker meent dat deze constatering passen in het karakter 'doelredenering' van het rapport. Het kan toch niet zo zijn dat men veronderstelt dat de raad van bestuur 'alles geweten zou hebben' maar bewust gekozen heeft voor het niet informeren van de inspectie.

De heer Bijker heeft dit verslag op 18 maart 2010 geautoriseerd.

drs. P.A.W. Edgar

9 maart 2010

De heer Edgar heeft na een periode van twaalf jaar als ziekenhuisbestuurder gewerkt te hebben, drie jaar als hoofdinspecteur (1 september 2003 – 1 september 2006) gewerkt en daarna voorzitter van de raad van bestuur van het Westfries Gasthuis. Momenteel geen functie. Gevolgde studies: geneeskunde, rechten en bedrijfskunde.

De heer Edgar vond de inspectie toen hij aantrad een onrustige organisatie met negatieve publiciteit: hij was in twee jaar de derde hoofdinspecteur curatieve zorg. Men zocht voor de reorganisatie een stressbestendig persoon en een persoon die goed met de heer Kingma kon opschieten.

De heer Edgar wijst erop dat de casus Jansen gold als een casus uit velen. De inspectie ontvangt landelijk een paar duizend meldingen per jaar. Het betrof een casus van een medisch specialist die reeds gestopt was. De inspectie bevond zich in een langdurig reorganisatieproces. Besluitvorming over wel/niet zetten van vervolgstappen door de inspectie vond in de regio plaats. Men bevond zich in een situatie waar meer centralisatie, formalisering en standaardisatie van besluitvorming nagestreefd werd. Het is moeilijk, zo niet onmogelijk voor de heer Edgar om antwoord te geven op de vraag wanneer hij als hoofdinspecteur op de hoogte is gesteld van de casus Jansen. Hij is stukken gaan lezen na zijn verhoor in het kader van het gerechtelijk vooronderzoek. Herinnering en kennis vanuit stukken lopen door elkaar heen. De heer Edgar heeft de beleving dat de heer Nugteren hem informeerde over een verslaafde neuroloog die met pensioen was en met het ziekenhuis daartoe en overeenkomst had gesloten en dat er afspraken tussen de neuroloog en de inspectie waren gemaakt over de verslavingsproblematiek. Daarnaast had de inspectie een melding onderzocht die niet geleid heeft tot verdere actie. De heer Edgar is zich er niet van bewust geweest dat dr. Jansen na behandeling van de verslaving weer aan de slag wilde gaan als neuroloog. De informatie dat dr. Jansen solliciteerde in Spijkenisse en later in Duitsland is nieuw voor de heer Edgar. De tekst van de eerder genoemde afspraken is de heer Edgar informatief voorgelegd en kwam hem als zorgvuldig over.

De regionale inspecteurs werkten in die tijd vrij autonoom. De hoofdinspecteur werd benoemd door de Kroon: er was sprake van een college van hoofdinspecteurs waarvan de heer Kingma optrad als voorzitter. De functie Inspecteur-Generaal bestond toen wettelijk nog niet. Als er maatregelen genomen moesten worden zoals een bevel tot sluiting dan ondertekende de hoofdinspecteur en niet de Inspecteur-Generaal. In de laatste jaren is ook op dat gebied sprake van een geleidelijke verandering. In vergelijking met de regionale inspecteur handelde de hoofdinspecteur de hele grote zaken af. In de jaren 2004 - 2006 werden zaken zoals wie, wat, wanneer, waar melden, steeds meer in protocollen neergelegd. Er bestonden wel afspraken, maar onvoldoende geformaliseerd dan wel gecentraliseerd. De heer Edgar veronderstelt dat de besluitvorming over het zetten van vervolgstappen vanuit de regionaal inspecteur naar de hoofdinspecteur inmiddels gestandaardiseerd is. Zo niet, dan betreft dit punt een aanbeveling van de heer Edgar. Het was gebruikelijk dat de inspecteurs in het werkoverleg de casuïstiek en het plan van aanpak presenteerden. Terugkijkend had dat beter gekund. Er waren regio's waar niet alle casussen werden voorgelegd aan collega's en ook niet aan de hoofdinspecteur. De heer Edgar typeert de heer Nugteren in dit verband als een voorbeeld en wat betreft de casus Jansen beter dan gemiddeld handelend. De heer Edgar veronderstelt dat de casus Jansen in het FIO (functioneel inspecteurs overleg) voorjaar 2004 aan de orde is geweest: zie e-mail van de heer Edgar aan de heer Vesseur van 19 april 2004.

De commissie-Hoekstra wijst de heer Edgar erop dat de inspectie in het voorjaar 2004 naast de verslaving ook op de hoogte was van het vervalsen van recepten. Op 4 augustus 2004 sprak de heer Nugteren telefonisch met de officier van justitie te Almelo.

De heer Edgar kan zich niet herinneren daarvan destijds op de hoogte te zijn gesteld/geweest. Hem is wel 'rommelen met medicijnen' (greep in de snoepdoos) bekend, maar geen 'vervalsing van recepten'.

De commissie-Hoekstra wijst de heer Edgar op de melding van een apotheker uit Enschede in het najaar 2003 aan de inspectie over de receptvervalsing.

De heer Edgar reageert dat de inspectie destijds verdeeld was in sectoren: het kan zijn dat de melding bij de sector farmacie is neergelegd.

Medio mei 2004 constateert de inspectie op grond van onderzoek dat dr. Jansen vier recepten op naam van niet-bestaande patiënten heeft uitgeschreven.

Dit lijkt de heer Edgar zeer strafbaar en geeft aan daar niet van op de hoogte te zijn geweest. Hij veronderstelt dat een hoofdinspecteur hierover wel geïnformeerd had moeten worden. Het vervalsen van recepten betreft een strafbaar feit en algemeen geldend is dat indien een rijksambtenaar bekend is met een strafbaar feit, hij hiervan aangifte dient te doen.

De heer Nugteren heeft op 4 augustus 2004 gesproken met de officier van justitie. Afgesproken is dat indien na 24 mei 2004 nogmaals vermoeden ontstaat over een strafbaar feit door dr. Jansen er dan aangifte gedaan zou worden. Deze afspraak hield in dat alles wat strafbaar was vóór (en blijkbaar ook op) 24 mei terzijde werd geschoven.

De heer Edgar hoort dit voor het eerst. Het is aannemelijk te veronderstellen dat hij niet geïnformeerd is. Hij vindt het een rare gang van zaken, maar weet wel dat het niet gemakkelijk was om het openbaar ministerie, het parket zover te krijgen dat men in actie komt bij medische zaken (buitengewoon complexe en tijdrovende materie). Het feit dat de heer Nugteren gekozen heeft voor het niet-noemen van de naam van de medisch specialist lijkt de heer Edgar niet relevant voor het wel/niet in actie komen van de inspectie. Het is immers de verantwoordelijkheid van het parket om met strafbare feiten om te gaan.

De commissie-Hoekstra informeert naar het bestaan van een afspraak dat de inspectie bij voorbeeld een receptvervalsing altijd, structureel dient door te geleiden naar het parket.

De heer Edgar wijst op de mogelijkheid dat dit door de Hoofdinspectie Farmacie en Medische Technologie gedaan had kunnen worden.

In reactie op de vraag of in de periode 2003 - 2006 naar aanleiding van de bevindingen Medisch Spectrum Twente i.c. de casus Jansen nadere afspraken zijn gemaakt gericht op aanpassing meldingssysteem geeft de heer Edgar aan dat de casus Jansen binnen de inspectie een kleine casus was en dat er sprake was van een medisch specialist die al gestopt was. De heer Edgar wijst op de mede als gevolg van invoering van de Remkes-regeling ontstane als maar kleinere omvang van de inspectie. Het vele werk moest door steeds minder mensen gedaan worden: prioriteitstelling was dan ook aan de orde.

In het overleg van het College van Hoofdinspecteurs op 10 maart 2004 meldde het hoofd voorlichting van de inspectie zich met een vraag van 'De Telegraaf' over een Enschedese neuroloog. Kijkend naar de presentielijst van het overleg was de heer Edgar aanwezig.

De heer Edgar neemt dat absoluut aan, maar heeft geen herinnering of hem tijdens dit overleg of een maand later informatie over de casus Jansen heeft bereikt.

Uit stukken, zo meldt de commissie Hoekstra, blijkt dat de heer Edgar op 19 april 2004 bij de heer Vesseur (voorzitter clusteroverleg) schriftelijk geïnformeerd heeft naar het dossier Jansen. De heer Edgar veronderstelt dat deze navraag een reactie is op het feit dat hij in het genoemde overleg in maart voor de eerste maal over de casus Jansen hoorde. Het feit dat 'De Telegraaf' zich op 10 maart als ook op 19 april 2004 tot de inspectie wendde over de casus Jansen (medicinverslaving) vindt de heer Edgar als toevallig samenvallend met de informatie in het College van Hoofdinspecteurs respectievelijk met zijn e-mailbericht aan de heer Vesseur.

In reactie op de vraag of de inspectie een leidraad kent voor zaken met een publicitaire gevoeligheid noemt de heer Edgar de bijeenkomst van het College van Hoofdinspecteurs 'Keek op de Week'. Maar dan nog ligt het in de rede dat de hoofdinspecteur informatie inwint bij de verantwoordelijke inspecteur. Naarmate de publiciteit toeneemt en Kamervragen worden gesteld komt men hoger in hiërarchie terecht.

De commissie-Hoekstra vraagt de heer Edgar naar zijn beweegredenen om informatie te vragen bij de heer Vesseur. Wilde de heer Edgar de zaak tuchtrechtelijk mogelijk aan de kaak stellen of zijn vermoeden van strafbare feiten afchecken in relatie tot de overweging een formele aangifte te doen?

De heer Edgar reageert dat het van groot belang is in de onderhavige casus dat de arts zijn werkzaamheden had beëindigd vóór de artikelen in de pers verschenen. De inspectie heeft twee keuzen bij individuele beroepsbeoefenaren: tracht de persoon in kwestie te bewegen tot gedragsverandering of in zeer uitzonderlijke gevallen dwing de persoon tot stoppen met zijn werkzaamheden. Stoppen is de zwaarste maatregel en komt in Nederland op 1,2 miljoen mensen, minder dan tien keer per jaar voor. Een tuchtrechtelijke procedure neemt drie maanden inspectiestijd in beslag. Resultaat is veelal waarschuwing of een berisping en richt zich op verbetering. De arts in kwestie was al gestopt. De tuchtrechtelijke procedure als instrument gericht op verbetering miste elk doel. Tuchtrecht richt zich niet op straffen, maar is een methode om via beoordeling van

feiten en omstandigheden te komen tot signalering en tot berichtgeving aan individuen om de volgende keer betere zorg te moeten leveren en richt zich erop dat in het land duidelijkheid bestaat over wat een gemiddeld functionerende medisch specialist moet kunnen en doen.

De commissie-Hoekstra wijst de heer Edgar erop dat dr. Jansen in de onderhavige periode op non-actief was gesteld, maar dat de relatie tussen Medisch Spectrum Twente en dr. Jansen nog niet was beëindigd. Dr. Jansen heeft in die tijd gepoogd om als neuroloog aan de slag te komen.

Dit was de heer Edgar niet bekend. De heer Edgar kijkt terug op de casus: arts gestopt met werken, maatregelen inspectie geformuleerd en geaccepteerd door dr. Jansen. De heer Edgar vindt het irrelevant om het gesprek tussen de heer Nugteren en de officier van justitie te betitelen als een afspraak. De officier van justitie heeft recht en mogelijkheid om eigenstandig te reageren.

Dit is wellicht correct, zo reageert de commissie-Hoekstra, maar dan had de officier van justitie wel moeten kunnen beschikken over alle informatie.

De heer Edgar is het hier niet mee eens. De officier van justitie doet zelfstandig onderzoek of er zich strafbare feiten hebben voorgedaan en baseert zich niet op een door de inspectie uitgevoerd onderzoek waarvan de interpretatie onderhevig is aan medisch beroepsgeheim.

Een adjunct inspecteur heeft een rapport opgesteld met de berichtgeving van de apotheker te Enschede over vervalsing van recepten. De officier van justitie is dit rapport niet toegestuurd.

De heer Edgar vindt dat hier sprake is van aangifteplicht.

De commissie-Hoekstra wijst de heer Edgar op het feit dat dr. Jansen op 24 mei 2004 (is datum eerdergenoemd gesprek tussen inspecteur en dr. Jansen) recepten onder niet-bestaande patiëntnamen heeft uitgeschreven. Wat is de reden dat de dag 24 mei niet telde in 'aangifte doen'.

De heer Edgar geeft aan het niet aan hem is daar iets van te vinden.

De commissie-Hoekstra veronderstelt dat het navragen van informatie naast onderzoek wel/niet aangifte; wel/niet starten tuchtrechtelijke procedure mogelijk ook gericht geweest kan zijn op 'het dempen van de zaak'.

De heer Edgar reageert dat zijn informatienavraag bij de heer Vesseur voortkwam uit de publiciteit en niet uit de door de commissie-Hoekstra geschetste mogelijkheden. De sector gezondheidszorg is groot: het is onmogelijk en niet wenselijk alles te weten wat er speelt. De heer Edgar stelde als prioriteit aandacht voor signalen waar mogelijk onverantwoorde zorg in Nederland werd geleverd. Zodra enig vermoeden daartoe bestaat, start de inspectie een onderzoek. Gerealiseerd moet worden dat de inspectie geen klachtenbureau is. Het kan wel zijn dat via een brief van een patiënt toch een nare zaak aan het licht komt. Mede door zijn opgedane kennis en ervaring in zijn functie als ziekenhuisdirecteur meent de heer Edgar te kunnen stellen dat hij situaties kan inschatten als pluis/niet pluis. Voor het instellen van een onderzoek moet het gevoel bestaan dat de patiëntenzorg in gevaar is.

De commissie-Hoekstra memoreert dat bij de inspectie in september/oktober 2005 dr. Jansen weer aan de horizon verschijnt (vragen van Tubantia en De Telegraaf) als ook in juni 2005 (brief Kamerlid Nawijn aan de minister VWS over klacht van de heer Hollander).

De heer Edgar meldt desgevraagd zich niet meer te herinneren of en zo ja met wie hij deze keren de casus Jansen (inclusief melding Hollander) binnen de inspectie heeft overlegd. Hij herinnert zich wel de heer Hollander schriftelijk geantwoord te hebben.

Hoe zou de heer Edgar het in zijn rol als hoofdinspecteur met de kennis van nu aanpakken?

Dit is, zo reageert de heer Edgar, een lastige vraag omdat er ontzettend veel veranderd is op het gebied van toezicht op de Nederlandse ziekenhuizen. De inspectie neigt tot het toezicht houden op het ziekenhuis als een bedrijf met naast de primaire zaken zoals veiligheid en kwaliteit ook toezicht op de financiën, de nieuwbouwplannen etc. etc. Deze ruime taakopvatting kan de inspectie niet waarmaken en leidt tot versnippering van aandacht. De heer Edgar meent dat de inspectie zich primair moet richten op het toezicht dat er onder alle omstandigheden in de sector gezondheidszorg verantwoorde zorg wordt geleverd.

De heer Edgar heeft dit verslag op 6 april 2010 geautoriseerd.

Professor dr. J.H. Kingma

9 maart 2010

De heer Kingma wil graag opmerken dat het lastig is om na jaren het onderscheid te maken tussen zaken die men zich herinnert als meegemaakt als IG in functie en daadwerkelijk plaatsgevonden en zaken die men weet uit een andere hoedanigheid of omstandigheden, zoals bijvoorbeeld uit correspondentie en stukken in het licht van het interne onderzoek van de inspectie en de commissie Lemstra-I.

De heer Kingma is op 29 februari 2000 benoemd tot algemeen hoofdinspecteur van de inspectie voor de gezondheidszorg. Hij was voordien werkzaam als cardioloog in het St. Antoniusziekenhuis in Nieuwegein, als onbezoldigd hoogleraar klinische cardiovasculaire farmacologie verbonden (ook tijdens zijn IGZ periode) aan de Rijksuniversiteit Groningen en als voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten. Hij trad in dienst als hoofdinspecteur op 1 juni 2000. Zijn eerste werkdag was op 12 juni 2000. Tot 31 mei 2000 werd de functiebenaming algemeen hoofdinspecteur gevoerd. Vlak voor zijn aantreden bij de inspectie werd bij Koninklijk besluit de functiebenaming van Inspecteur-Generaal (IG) (her) ingevoerd. De eerste inspecteur-generaal, Professor dr. Harbauer, benoemd in 1816, had dermate veel macht, dat de titel na zijn overlijden in 1824 niet werd gecontinueerd. De samenvoeging van de zorginspecties van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in 1995 in de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft geleid tot herinvoering van de titel, evenzo bij de VWA- en VROM-inspecties, die andere delen van het Staatstoezicht beheren. Op 31 januari 2006 trad de heer Kingma terug uit deze functie in verband met de aanvaarding van de functie van voorzitter van de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente per 1 februari 2006. De huidige raad van bestuur bestaat uit drie personen met elk een specifieke professionele achtergrond: medicus, verpleegkundige en een 'chief financial officer'. De heer Kingma is sterk voorstander van een uit drie personen bestaande raad van bestuur in het licht van reflectie, maar ook in het licht van kennis en kwaliteit en afstemming van de personele samenstelling van de ziekenhuisorganisatie.

Korte tijd na zijn aantreden bij de inspectie heeft de heer Kingma het wekelijkse Bestuursoverleg (inspecteur-generaal, plv. inspecteur-generaal plus secretaris) ingevoerd. Het toen fungerende college van hoofdinspecteurs, het CVH, was een vrij grote groep personen waarin door de aandacht voor de belangen van de afzonderlijke inspectieonderdelen het algemene belang van de inspectie, ook als bedrijf, te vaak ondersneeuwde. Het CVH bleef bestaan tot de reorganisatie van 2005, toen er een programmaraad werd ingevoerd als inhoudelijk gremium.

Wat triggert de politiek (minister, Tweede Kamer) om zich met de zaak dr. Jansen en het Medisch Spectrum Twente bezig te houden?

De heer Kingma heeft daarop geen pasklaar antwoord. In zekere zin past de inspectie daar ook geen oordeel. Op grond van persoonlijke ervaringen in vele algemeen overleggen in de Tweede Kamer wijst hij er op dat het karakter van deze overleggen vaak een zelfde grote mate van verontrusting bevat. Het gaat dan om de vraag of het wel goed gaat met de zorg in het land. In dergelijke overleggen werden vragen gesteld waarbij de heer Kingma soms twijfelde of hij als medicus of als inspecteur-generaal zou moeten reageren. Het ging dan ook om emotiegedragen vragen: iedereen immers maakt wel eens zelf of in zijn omgeving een akelige ervaring mee in een ziekenhuis bijvoorbeeld. De kunst is om daarop op een verstandige manier een antwoord te geven en niet de indruk te wekken dat de overheid, beleid en toezicht, in welk geval de IGZ, kwaliteit en veiligheid te allen tijde kan garanderen. De toezichthouder moet ook de verwachtingen weten te managen.

De heer Kingma heeft op enig moment in zijn functie als inspecteur-generaal via zijn woordvoerder in augustus of september 2005 vernomen over problemen met een neuroloog in het Medisch Spectrum Twente. Of het onderwerp in die tijd aan de orde kwam in de bijeenkomst Keek op de Week dat wekelijks op maandagmorgen van 9.00 tot 10.00 uur voorafgaand aan de ministerstaf plaatsvond, kan de heer Kingma zich niet herinneren. De heer Kingma had dit overleg ingesteld om ten behoeve van de ministerstaf voorbereid te zijn op zaken die in het land speelden en waarvan het mogelijk was dat die in de ministerstaf aan de orde zouden worden gesteld. Dit overleg bevatte meldingen, berichten uit de pers maar geen inhoudelijke behandeling van onderwerpen. In die periode dat de heer Kingma voor het eerst iets vernam over de casus van de Twentse neuroloog, speelden de oversterfte onder geopereerde patiënten van de afdeling hartchirurgie in het St. Radboud Medisch Centrum, de problematiek van de eerder tijdelijk gesloten IJsselmeerziekenhuizen, ziekenhuis Boxmeer en de sluiting van de intensive care in het St. Jansgasthuis in Weert. Als Inspecteur-Generaal heeft hij zich slechts enkele malen met individuele zaken bemoeid, dat betrof de casus van het medium Jomanda en de cardiologische zaak van baby Floor in Utrecht. Dit was binnen de inspectie uitzonderlijk. In de overleggen die de

inspecteur-generaal bijwoonde dan wel voorzats zou het wat betreft casuïstiek met name hebben moeten gaan om het ontwikkelen van een referentiekader voor wat 'vinden we erg/niet zo erg' en welke maatregelen zijn dan passend. De wijze waarop de casus van de Twentse neuroloog in de Keek op de Week aan de orde is geweest als ook de aard van melding, was toen voor de heer Kingma kennelijk geen aanleiding zich persoonlijk met de zaak te bemoeien. Dat is niet uitzonderlijk, want terugkijkend ging het kennelijk om verslavingsgedrag, waar een standaard aanpak voor was, bestaande uit verplichte behandeling en een gelijktijdig beroepsverbod.

De heer Kingma heeft er persoonlijk erg aan moeten wennen dat de inspectie geen klachten meer behandelt. De inspectie is onder de kwaliteitswet en de klachtenwet dusdanig op afstand komen te staan, dat het niet verwonderlijk is dat de patiënt het niet altijd helemaal begrijpt. De heer Kingma mist dit wel in de inspectie en meent dat als gevolg dat men de klachtenwet niet zo effectief vindt, er betrekkelijk weinig klachten worden ingediend, maar wel veel claims. Claims die niet automatisch terecht komen bij een raad van bestuur, maar afgewikkeld worden via een claimbureau, niet zelden via letselschadebureau's. Hij heeft in zijn tijd als inspecteur-generaal hard gewerkt aan het opvoeren van tuchtklachten. Opvoeren ook vanuit het idee er ervaring mee op te bouwen. Het overzicht in het rapport van professor Legemaate toont aan in welke jaren sprake was van stijging, gevolgd door een sterke afname na zijn vertrek. Dat impliceert niet meten en causale relatie, want tezelfder tijd verlieten veel ervaren inspecteurs de IGZ, gefaciliteerd door de Remkes-regeling. De heer Kingma verstrekt de commissie dit overzicht dat elders in dit onderzoeksverslag is weergegeven.

De inspectie bleek in 2004 uit navraag door de regionale inspecteur dat dr. Jansen een verslavingsprobleem had en dat er afspraken gemaakt waren op het gebied van behandeling in combinatie met een beroepsverbod. Via een verslaggever van De Telegraaf kwam het bericht dat er klachten waren ingediend over foute diagnosestellingen. Uit navraag bij het ziekenhuis bleek er sprake te zijn van een goede aanpak: de patiëntenzorg was niet in gevaar. De heer Kingma kan zich niet herinneren dat de heer Hollander schriftelijk een klacht bij hem heeft ingediend. Er kwamen frequent zogenaamde burgerbrieven binnen op het bureau van de IG, die meestal werden beantwoord door de betrokken regionale inspectie en in een enkel geval door het bureau bestuursondersteuning (BBO) van de IG, zoals kennelijk ook is gebeurd in het geval van de heer Hollander. Vanuit BBO is namens de heer Kingma geantwoord in de lijn zoals de regionale inspecteur en de Hoofdinspecteur had gehandeld. De casus-Hollander was een casus waarbij tal van artsen betrokken waren bij de behandeling van mevrouw Hollander die als gevolg van een fout in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam aldaar is overleden. De vaak uitvoerige brieven van de heer Hollander betroffen een reeks van betrokken specialisten en hebben bij de inspectie niet gezorgd voor een verband met de verslaafde neuroloog. Ook achteraf lezend, is voor de heer Kingma de klacht van de heer Hollander niet een casus die dieper onderzoek zou rechtvaardigen, althans met dien verstande, niet meer dan al hetgeen dat al door de inspecteur was ondernomen in 2004, oordeelt de heer Kingma in retrospect. Dat moet dan wel worden gezien in het licht van een IGZ op afstand in het licht van de kwaliteits- en klachtenwet. De heer Kingma wijst er op dat de IGZ een enorm toezichtsveld heeft, waarin keuzen moeten worden gemaakt: het is zeker niet de bedoeling dat de inspecteur-generaal zich bemoeit met alle meldingen. Indien er sprake is van een persoonlijk verontrust gevoel bij het horen van een melding, kan uiteraard een verzoek tot nader onderzoek bij de hoofdinspecteur worden neergelegd. De heer Kingma heeft een dergelijk gevoel kennelijk gehad bij de informatie die hem over de zaak Hollander heeft bereikt, waar Kingma op de brief retour aan de hoofdinspecteur zich met een aantekening afvraagt of de brief als een melding behandeld zou moeten worden. De hoofdinspecteur deelt die mening niet en daarmee krijgt de zaak kennelijk geen follow-up.

De commissie vraagt of hier de autonomie in het werk en de handelwijze van de regionale inspecteurs meespeelt.

De heer Kingma verwijst in dit verband naar de indrukwekkende geschiedenis van het Staatstoezicht op de volksgezondheid. Het Staatstoezicht was in vroeger tijden een nogal aristocratisch onderdeel van ambtelijk Nederland. Dat gold met name de artsen, die weliswaar ambtenaar waren, maar alleen in de zin van een relatie met hun salarisstroom en zij beschikten niet over enig talent voor 'nederigheid'. (Dit is een citaat uit de biografie van Hansen over Menno ter Braak, waarin de inspecteur J. Menno Huizinga beschreven wordt met deze kwalificatie). Deels wellicht mooi, die professionele autonomie, maar anderzijds volstrekt onwerkbaar in de 'professionele bureaucratie', die het Staatstoezicht, respectievelijk de IGZ is. De minister heeft ooit na de benoeming van de heer Kingma tot inspecteur-generaal gezegd dat er sprake moet zijn van een centrale aansturing van normen die voor toezicht gehanteerd kunnen worden en dat er op grond van meldingen een stelsel opgebouwd moet worden. Wanneer gaat de inspectie wel/niet over tot nader onderzoek van een melding? De heer Kingma heeft opdracht gegeven de leidraad meldingen te herschrijven onder meer vanuit het idee dat de inspectie teveel op afstand stond. De nieuwe leidraad is pas enige jaren na zijn vertrek gepubliceerd.

De casus van dr. Jansen betreft receptvervalsing, verkeerde diagnosestelling en medicijnverslaving. Bestond er ten tijde dat de casus bekend werd bij de inspectie een afspraak dat bepaalde zaken aangemeld werden voor het tuchtrecht, weer andere zaken bij het Openbaar Ministerie en weer andere zaken neergelegd bleven bij de raad van bestuur?

We moeten vaststellen dat toentertijd binnen het College van Hoofdingspecteurs ten tijde van het bekend zijn van de casus bij de inspectie geen norm terzake, c.q. geen specifieke uitwerking van de leidraad bestond. De heer Kingma stond dit in de zin van het ontwikkelen van een collectief te hanteren handhavingsnorm wel voor ogen. De handhavingsnorm lag besloten in de leidraad, maar kon verschillend uitwerken binnen de autonomie van de regionale inspecties.

Een raad van bestuur is verplicht een calamiteit te melden bij de inspectie, maar dan nog is de vraag wat de normering is voor een calamiteit. Onder een calamiteit bevindt zich een incident. Het is niet ongebruikelijk, zo geeft de heer Kingma aan, dat een inspecteur overleg pleegt met een officier van justitie veelal na eerst daarover afgestemd te hebben met de hoofdingspecteur. Ook via deze weg verkregen informatie hielp de regionaal inspecteur zijn keuze te maken: zelf afdoen, tuchtzaak, strafzaak, raad van bestuur wijzen en controleren op verantwoordelijkheid. Het afgeven van een bevel om het medische beroep niet uit te oefenen (dat na zeven dagen door de minister verlengd moet worden) vindt zeer zelden plaats.

Ten tijde van het gesprek tussen de heer Nugteren en de officier van justitie (4 augustus 2004) beschikte eerstgenoemde over vier meldingen van receptvervalsing. Receptvervalsing betreft een strafbaar feit. De commissie-Hoekstra vraagt zich af hoe dit feit zich verhoudt met de toenmalige leidraad van de inspectie. In algemene zin is de regel dat indien er een redelijk vermoeden bestaat dat er een strafbaar feit is gepleegd, de ambtenaar dit dient te melden bij de inspectie.

De heer Kingma verwijst voor zijn antwoord naar de feitenanalyse zoals die door de inspectie in februari 2009 aan de minister en aan de Tweede Kamer is aangeboden. Hij begrijpt de houding van de heer Nugteren (goedkeuren is iets anders). De raad van bestuur heeft dr. Jansen, naar de heer Kingma achteraf heeft begrepen uit het rapport van de commissie Lemstra-I, de keuze geboden zijn disfunctioneren aanhangig te maken bij de inspectie dan wel om vrijwillig te vertrekken. De arts heeft gekozen voor vrijwillig vertrek onder toezegging van de raad van bestuur dat geen melding bij de inspectie noch bij het openbaar ministerie zou worden gedaan. De toenmalige raad van bestuur koos kennelijk voor de doofpotmethode. Vanuit de regionale inspectie is het kennelijk toentertijd zo beoordeeld dat dit de snelste manier was om deze arts uit het systeem te halen waardoor het medisch probleem dat er gevaar zou kunnen zijn voor de patiëntenzorg werd opgelost. Overeind blijft echter wel dat het frauderen van recepten strafbaar is. In de beginjaren van de casus was er sprake van een verslaafde arts die instemde met een (tijdelijk) beroepsverbod en het volgen van een behandelprogramma. De regionale inspecteur zag dr. Jansen als een neuroloog met een goede reputatie en waarop de typering 'vreemde vogel' (typering door een voorganger van Nugteren, blijkens een verslag van overleg met de raad van bestuur MST) van toepassing was. De casus werd uitgebreid met receptvervalsing en met het stellen van verkeerde diagnoses. Nogmaals dit alles in retrospectief. De heer Kingma kan zich niet herinneren dan wel is niet op de hoogte geweest wie wat op welk moment geweten heeft. Het inspecteursoverleg droeg ook het karakter van triage: dus los van de casus dr. Jansen werd gesproken over de keuze van de aanpak: tuchtzaak, strafzaak of allebei.

De commissie-Hoekstra vraagt zich af wat betrokkenen destijds heeft bewogen om met de casus dr. Jansen geen strafrechtelijke en/of tuchtrechtelijke procedure te starten.

De heer Kingma maakt onderscheid tussen wat de inspectie toen kennelijk heeft gedaan en wat zij had moeten doen. Het had zo kunnen gaan dat de receptvervalsing had geleid tot het doen van aangifte bij het openbaar ministerie. Het overleg tussen de inspecteur en de officier van justitie heeft daar echter niet toe geleid alsook de bespreking in het inspecteursoverleg niet. De heer Kingma meldt desgevraagd zijn handtekening, zoals wel eens gesuggereerd in de media, niet onder de afspraken gezet te hebben die vanuit de inspectie met dr. Jansen zijn gemaakt. De heer Kingma geeft aan dat dit type onjuiste berichtgeving in de pers hem persoonlijk raakt. Men gooit alles op één hoop: de heer Kingma heeft uit hoofde van zijn functie als inspecteur-generaal geen bemoeienis gehad met de casus van dr. Jansen en heeft in dat verband zeker geen overeenkomsten of afspraken getekend. De berichtgeving in de pers toont ten onrechte het beeld alsof de heer Kingma alles van de zaak dr. Jansen wist. De heer Kingma bedoelt hiermee niet te zeggen dat hij in die tijd niet verantwoordelijk zou zijn geweest voor het functioneren van de inspectie: hij voelt en weet zich wel degelijk verantwoordelijk als eindverantwoordelijke hoogste leidinggevende in een ambtelijke hiërarchie. Dat staat wel weer op gespannen voet met de discretionaire bevoegdheden van de (hoofd)inspecteur, enigszins vergelijkbaar met die van de ziekenhuisbestuurder en de professioneel zelfstandig handelende medisch specialist.

De heer Kingma is niet op de hoogte geweest van de zeven afspraken die inspecteur Nugteren met dr. Jansen gemaakt heeft. De heer Kingma heeft de heer Nugteren op 20 januari 2009 telefonisch benaderd. De heer Nugteren was niet erg spraakzaam. De heer Kingma vindt dit wel een professionele houding: de heer Nugteren werkte nog bij de inspectie en de heer Kingma niet meer. Ook heeft de heer Kingma telefonisch gesproken met de heer Edgar over destijds wel/niet als inspecteur-generaal specifiek benaderd te zijn geweest. De heer Edgar heeft op RTV Oost, het lokale televisiekanaal, zelfs bevestigd geen overleg gepleegd te hebben met de heer Kingma en ook aangegeven het nog steeds niet onlogisch te vinden dat gehandeld is zoals gehandeld is.

De commissie-Hoekstra leest de heer Kingma punt 7 uit het overleg van het College van Hoofdinspecteurs van 10 maart 2004 voor. Dit punt betreft nieuwe meldingen en gaat over de woordvoerder die de vragen van de journalist van De Telegraaf in dit beraad meldt.

De heer Kingma reageert dat hij eerder in dit gesprek abusievelijk dacht dat deze melding waarschijnlijk naar voren was gebracht in het maandagse overleg Keek op de Week. Hij kan het zich niet herinneren dat de melding over De Telegraaf in het College van Hoofdinspecteurs is gedaan, maar neemt dit gezien de weergave in het verslag daarvan direct aan.

De naam van dr. Jansen wordt in deze notulen overigens niet genoemd: het gaat om een casus met een verslaafde neuroloog in Enschede. De commissie Hoekstra constateert uit de reacties van de heer Kingma dat laatstgenoemde uitsluitend bekend geweest is met een melding betreffende een verslaafde neuroloog uit het Medisch Spectrum Twente en dat de melding van de heer Hollander niet in verband werd gebracht met deze neuroloog.

De heer Kingma bevestigt deze constatering.

Gevraagd waar de inspectie beter zou kunnen functioneren is de reactie van de heer Kingma als volgt:

- De heer Kingma beveelt aan dat de inspectie over een compleet en vooral longitudinaal in de tijd volledig landelijk toegankelijk dossier dient te beschikken. In vergelijking met een medisch dossier waarin nieuwe aandoeningen in relatie gebracht worden tot hetgeen in het medisch verleden is gebeurd, is dossiervorming bij de inspectie onvoldoende gedetailleerd gebeurd. De inspectie mag scheutiger zijn met eigen onderzoek. Indien een melding aanleiding geeft tot een verontrust gevoel, dient de inspectie nader onderzoek uit te voeren gericht op eigen oordeelsvorming. Maar daar dient de inspectie dan wel de mensen voor te hebben. De inspectie is qua omvang te klein voor hetgeen van haar gevraagd wordt. Zo luidde ook de constatering van de commissie-Abeln (2001);
- De aanbeveling in het rapport-Legemaate over het bekend maken dat een beroepsbeoefenaar uit het systeem wordt gehaald, deelt de heer Kingma zeer. Gegevens moeten bekend zijn bij de toekomstige werkgever en dienen daartoe op de website van het betreffende ziekenhuis waar de disfunctionerende arts is vertrokken vermeld te staan.
- Bestuurders van het ziekenhuis hebben met betrekking tot de relatie van de medische specialisten de wetgever nodig om een aantal zaken te veranderen, zo heeft hij ook al in zijn eerste jaargesprek tegenover de raad van commissarissen van MST verklaard. Het is in Nederlandse ziekenhuizen voor de raden van bestuur lastig om behoorlijk en consistent te besturen. De relatie tussen de medisch specialist en de raad van bestuur dient verduidelijkt en aangescherpt te worden, met name ieders verantwoordelijkheid voor veilige en kwalitatief hoogwaardige zorg. Daarnaast meent de heer Kingma dat de raad van bestuur onvoldoende gebruik maakt van de middelen die nu al ter beschikking staan.
- De heer Kingma is het hartgrondig eens met de aanbevelingen van de commissie Lemstra-I. Het is een grote tekortkoming dat de vakgroep neurologie zich niet verantwoordelijk kon of wilde voelen voor het functioneren van medevakgroepgenoot dr. Jansen, al ontslaat dat de raad van bestuur niet van haar eindverantwoordelijkheid. De voorzitter van de vakgroep/medisch manager in de rol van primus inter pares moet, zoals Lemstra voorstelt, verantwoordelijk zijn en gesteld worden. Er moet sprake zijn van een lijnverantwoordelijkheid waarbinnen de medisch specialist professioneel 'eigen baas' kan zijn.
- Een ziekenhuis i.c. de raad van bestuur dient alle kanalen te benutten om op de hoogte te raken van feiten: media, klachtencommissie, claims. In de casus van dr. Jansen heeft de raad van bestuur dit met name ten aanzien van de medische claims onbenut gelaten.

Of hier nou sprake zou zijn geweest van een relatie van de betrokken disfunctionerende specialist in de vorm van loondienst dan wel vrij gevestigd in de vorm van lid van een maatschap maakt in de optiek van de heer Kingma niets uit: de betrokken disfunctionerende medisch specialist was immers in loondienst.

De heer Kingma heeft dit verslag op 7 april 2010 geautoriseerd.

drs. G.H.O. van Maanen

25 februari 2010

De heer Van Maanen was als secretaris-generaal niet persoonlijk betrokken bij de kwestie rond dr. Jansen, maar hoorde er wel van toen 'de zaak ging rollen' en in de media en Tweede Kamer speelde. De inspectie heeft over haar eigen functioneren een rapportage opgesteld. Deze rapportage is voorgelegd aan professor Legemaate en heeft geleid tot een brief van de minister aan de Tweede Kamer.

Het is duidelijk dat sprake is van een overgangsfase in de zorg waarbij aanbieders van de zorg veel meer eigen verantwoordelijkheid moeten nemen voor veiligheid en kwaliteit. Er is sprake van een hoog tempo. Het is voor alle partijen lastig wie welke rol speelt. Men komt uit een situatie waarin beleid voor de zorg op het departement werd gemaakt in de veronderstelling dat de kwaliteit in de zorg adequaat was en dat de inspectie daarop toeziet. Maar wat is voldoende? De inspectie bevindt zich midden, halverwege deze transitie.

De heer Van Maanen herinnert eraan dat de inzet van de inspectie gestuurd werd door incidenten. Die manier van toezicht houden is niet meer houdbaar in deze tijd. Hij trekt een vergelijking met de inspectie Verkeer en Waterstaat. Er moeten andere eisen gesteld worden aan toezicht hetgeen onvermijdelijk zal leiden tot een vorm van systeemtoezicht. Bij de meeste beleidsterreinen is er sprake van gelaagd toezicht: van maximale sturing op interne regulering en intern toezicht naar het neerleggen van kaders waaraan dient te worden voldaan. De inspectie komt niet meer regelmatig langs, maar zodra een signaal ontvangen wordt over het niet nakomen van afspraken volgt bezoek en (verscherpt) toezicht. Verschuiving van de verantwoordelijkheden is overal te zien en richt zich steeds meer op het risicogestuurd toezichthouden. Ook binnen de zorg dient op het terrein van klachtenbehandeling een verschuiving plaats te vinden: systeemtoezicht met neerleggen van verantwoordelijkheden en vertrouwen bij de instelling onder het motto 'high trust, high penalty'. Deze gedachte is in grote lijnen terug te zien in de brief aan de Tweede Kamer van 9 juli 2009 (Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning).

De andere lijn die in de discussie is terug te zien is de vraag hoe om te gaan met individuele klachten versus de onterecht veronderstelde ombudsmanfunctie van de inspectie. Het algemeen levende idee dat achter iedere klacht een inspecteur aan gaat, is niet vol te houden. Zo werkt het ook niet bij de politie. Er kan geen inspecteur achter iedere zorgverlener gezet worden. Het is niet de functie van de inspectie en de inspectie beschikt ook niet over voldoende mensen en middelen. Met betrekking tot de ontwikkeling van het IGZ-loket geldt enerzijds 'terugleggen daar waar het hoort' en anderzijds 'inzetten als signaal om te structurele fouten te onderkennen'. Men bevindt zich in een proces dat inhoudelijk verbetering behoeft (professional judgement) maar ook aangevuld dient te worden met digitale hulpmiddelen. De inspectie is geen bureau voor klachten, maar beschikt wel over voelhorens om het systeemtoezicht handen en voeten te geven.

Daarnaast is er sprake van het element hoe om te gaan met beroepsbeoefenaren 'waar iets mis mee is'. Wat kan de inspectie doen?

De heer Van Maanen heeft geen uitgesproken mening hoe dit vorm te geven. Discussie wordt momenteel gevoerd over de relatie tussen inspectie en het Medisch Tuchtcollege: wat dient door wie met inachtneming van zorgvuldigheid wel/niet openbaar gemaakt te worden? Bestaat er een goed meldingssysteem?

Zowel de politiek als de patiëntenorganisaties zoeken hun weg naar de publiciteit. De inspectie is in 2001 en 2005 benaderd door Kamerleden over het functioneren van dr. Jansen. De heer Hoekstra informeert of de heer Van Maanen bekend is met afspraken of en zo ja hoe de minister op de hoogte gebracht wordt van vragen van Kamerleden gericht aan de inspectie.

De heer Van Maanen wijst erop dat de minister zich niet bemoeit en mag bemoeien met individuele gevallen (vergelijk de belastingdienst). In de zorg is dit in twee opzichten lastig: er is sprake van emotie (leven en dood) als ook is er de mogelijkheid dat aan een individuele klacht aspecten kleven die zich meer op het systeem achter de situatie richten.

De heer Van Maanen behoort tot de school van secretarissen-generaal die de verbinding tussen beleid en toezicht belangrijk vindt. Er dient vanuit de eigen verantwoordelijkheid sprake te zijn van een goede samenwerking op het gebied van beleid, toezicht en handhaving. Hij heeft om die reden besloten dat de inspectie vertegenwoordigd is in de bestuursraad. In dit beraad komen voor negentig procent beleidsthema's aan de orde. De inspectie hoort daarbij. In het licht van

kwaliteit en veiligheid fungeert de inspectie als instrument van de minister. Dat betekent naar de mening van de heer Van Maanen dat er sprake moet zijn van een nauwe wisselwerking. Niet alleen door informatieuitwisseling, maar zeker ook via de weg van de secretaris-generaal naar de minister door middel van het opstellen van een werkplan dat tot stand komt na gedachtewisseling tussen de directeuren-generaal en de inspectie. Er vindt dus afstemming plaats. Meerjarenplannen lopen via de bestuursraad. In dat opzicht heeft de heer Van Maanen de inspectie dichter bij het beleid gehaald en hij heeft dan ook niet het gevoel 'niet in control' te zijn. De heer Van Maanen wijst erop dat de inspectie in vergelijking met bijvoorbeeld de belastingdienst en de inspectie Verkeer en Waterstaat zich in een andere positie bevindt in de discussie over normen. Technische normen zijn voor kwaliteit en veiligheid eenvoudiger en transparanter te formuleren dan normen gericht op verantwoorde zorg. Het debat richt zich op wat is de norm, wie bepaalt etc. De beroepsverenigingen spelen een grote rol in het debat over de medisch inhoudelijke normen: het ministerie jaagt de voortgang aan. Het heeft de voorkeur dat in het licht van 'niet het eigen vlees keuren' de IGZ niet zelfstandig normen vaststelt. In het veld zijn ook ontwikkelingen gaande op het gebied van gereguleerde marktwerking - prestatiebekostiging. Het past dan ook in deze lijn dat de instellingen een individuele taak gaan vervullen op het toezicht van verantwoorde zorg, kwaliteit en veiligheid.

In reactie op de vraag van de heer Hoekstra hoe de heer Van Maanen aankijkt tegen het inrichten van een publieke bedrijfsorganisatie (zie de advocatuur) veronderstelt deze dat dit een mogelijke aanpak zou kunnen zijn.

Terugkomend op het aspect 'wanneer/hoe informeert de inspectie de minister over individuele situaties' wijst de heer Van Maanen op het gigantisch hoge tempo van het transitieproces waarin de inspectie zich bevindt. In de afgelopen drie jaar ziet hij een ongelooflijk grote verschuiving: er ligt een filosofie met bijhorend instrumentarium. Zowel transparant en themagewijs als incidentgericht.

De heer Van Maanen heeft dit verslag op 30 maart 2010 geautoriseerd.

dr. W.A.H. Nugteren

4 maart 2010

De heer Nugteren was tropenarts in Tanzania, volgde de opleiding chirurgie Groningen, werkte voor Tanzania in een Referral and Teaching Hospital en met de Flying doctor service, was van 1983 tot 2004 chirurg in Martini ziekenhuis in Groningen. De heer Nugteren vervulde de functie van senior inspecteur (naast regionale taken vooral landelijk actief en op grond van chirurgische expertise ook bijstandverlening aan andere inspecteurs) van 1 januari 2004 tot 1 juli 2009. De heer Nugteren is nu met pensioen.

Gevraagd naar de wijze waarop de regio Noordoost van de inspectie was georganiseerd

antwoordt de heer Nugteren als volgt: de Inspectie voor de Gezondheidszorg had haar taken en werkkerrein verdeeld over meerdere clusters. In elk van de vier regio's (waarin het land verdeeld was) waren deze clusters vertegenwoordigd. De heer Nugteren was aangesteld binnen het landelijke cluster Curatieve Somatische Gezondheidszorg (CSG) en begon in 2004 met de standplaats in Arnhem in de regio Noord-Oost. In elk regio was voor het cluster een coördinator aangesteld. De heer Vesseur was cluster coördinator Noord-Oost voor CSG en had administratief de leiding. De ziekenhuizen in de regio waren over de portefeuilles van de inspecteurs van dit cluster verdeeld. Hij is voor de overname van de taken van mevrouw Schoenmaker voor verschillende ziekenhuizen door haar ingewerkt. Zowel mevrouw Schoenmaker als de heer Ringoir hebben volgens de heer Nugteren in de periode voor zijn aantreden bemoeienis gehad met het Medisch Spectrum Twente.

Op maandagmorgen vond meldingenoverleg plaats: eerst onder leiding van de heer Vesseur en later, na verplaatsing van het kantoor naar Zwolle, onder leiding van de heer Nugteren. In de jaren dat de heer Vesseur optrad als voorzitter is de melding over dr. Jansen volgens de heer Nugteren meerdere malen aan de orde geweest in het meldingenoverleg.

In dit meldingenoverleg kwam iedere nieuwe melding, verandering daarvan, vragen over afstemming en beoordeling van nieuwe gegevens over de melding, over besluitvorming voor eventuele maatregelen, etc. aan de orde. De heer Nugteren overhandigt de commissie Hoekstra een notitie waarin de vele activiteiten (met datum) alsook de wijze waarop de melding (afstemming over te volgen lijn) over dr. Jansen is verwerkt, staan opgenomen.

De raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente was in 2004 volgens de heer Nugteren niet erg coöperatief. De wisselingen in de raad hebben ongetwijfeld bijgedragen aan de wijze waarop het contact met de inspectie is verlopen. Wegens een vraag vanuit Den Haag (10 maart 2004) heeft de heer Nugteren die dag telefonisch contact opgenomen met de heer Ramaker, voorzitter raad van bestuur. Deze reageerde afhoudend. De onderhavige materie behoorde tot de portefeuille van de heer Zijlstra. In de periode tussen 10 maart en 20 april 2006 hebben de heer Nugteren en mevrouw Schoenmaker meermalen de raad van bestuur benaderd met het verzoek de inspectie van de noodzakelijke informatie over deze melding te voorzien. In het rapport van de commissie-Lemstra I is dit als een lijdelijke opstelling benoemd. De regionale inspectie heeft niet gerapporteerd aan de Hoofdingspectie: het onderwerp kwam wel een keer aan de orde in het maandelijks (FIO) inspecteursoverleg. De melding over dr. Jansen betrof een melding over een arts verslaafd aan slaapmiddelen. De bespreking heeft geen verandering gebracht in het beleid in de betreffende casus. De heer Edgar was meestal aanwezig bij het FIO overleg. Het is gebruik in de regio vrij zelfstandig de zaken in de regio op te lossen. Er was op basis van de melding over dr. Jansen geen politiekgevoelige meldingsdrang waardoor de zaak breder/hoger gemeld had moeten worden. Er was sprake van een verslaafde arts die niet meer werkte en waarbij een lijn uitgestippeld werd hoe te voorkomen dat hij weer aan het werk zou gaan, tenzij hij zich liet behandelen. Er was geen enkele reden om de melding hoger te melden dan het regionale inspecteursoverleg. Door de raad van bestuur werd verzekerd dat er geen sprake was van onverantwoorde zorg. Ook later is door de raad van bestuur nogmaals aangegeven dat op basis van de hen bekende feiten er geen reden was tot het doen van nadere meldingen. Bij de inspectie zijn er in die jaren naast de melding van mevrouw Damink geen meldingen over de heer Jansen binnen gekomen. In 2009 doken de berichten over dr. Jansen weer op. Zoals het dossier aangeeft hebben de meldingen (Damink en sollicitatie in Duitsland) toen niet geleid tot verandering van beleid of het nemen van andere maatregelen.

In de jaren dat de heer Nugteren als inspecteur werkzaam was, werd een reorganisatie onder leiding van de heer Oudendijk ingezet: er kwam een meer gelaagde structuur. De heer Nugteren typeert de periode na het vertrek van de inspecteur-generaal, de heer Kingma en de hoofdinspecteur, de heer Edgar, voor hem als een aangenaam vacuüm. Dit in de zin dat beleidsmatige zaken doorgang konden hebben zoals afgesproken en dat er minder (tussen)stappen met

programmaleider en hoofdinspecteur gezet hoefden te worden. Landelijke zaken konden direct met de plaatsvervangend inspecteur-generaal afgestemd worden. De nieuwe structuur maakte alles ingewikkelder. De heer Nugteren zou niet durven beweren dat de nieuwe structuur beter informatieverstrekking borgde. Voorheen waren er kortere lijnen: na de structuurwijziging was sprake van gebrek aan zicht op afspraken tussen de bovenste lagen.

De kennis van de inspectie over dr. Jansen was beperkt: interne partijen in het ziekenhuis hebben onvoldoende verantwoordelijkheid genomen om op tijd het mogelijke disfunctioneren van de arts aan te pakken en op tijd de inspectie te informeren terwijl de raad van bestuur wel over meer informatie beschikte, zo bleek achteraf. De inspectie heeft vragen gesteld aan de raad van bestuur, maar geen nader onderzoek ingesteld omdat de raad van bestuur desgevraagd meermalen verzekerde dat de kwaliteit van zorg niet in het geding was. Dat dr. Jansen een slechte dokter was die veel foute diagnoses stelde en mensen schade berokkend zou hebben was het beeld dat in de media opgeld deed. De heer Nugteren heeft het beeld ook met de kennis van nu dat dr. Jansen een beetje vreemde man was, die af en toe rare dingen deed, maar door patiënten ook op handen werd gedragen of niet verguisd. Er is bij de inspectie één reële melding geweest (Damink) en naar aanleiding van persberichten in 2009 is er slechts één klacht uit 1996 (punctie in de rug) bijgekomen. Uit de beoordeling van de melding bleek het de inspectie niet dat die klacht te maken heeft met onverantwoorde zorg. Ondanks publiciteit en vragen vanuit de inspectie heeft de inspectie geen enkele melding van patiënten ontvangen. De inspectie had bij dr. Jansen geen aanwijzingen voor structureel disfunctioneren. De inspectie heeft volgens beleidslijnen gekeken vanuit het perspectief van de (niet werkende) arts Jansen en ze heeft verslavingsgedrag geconstateerd alsmede de toezegging dat daarvoor behandeling werd gevolgd. Dr. Jansen heeft steeds keurig meegewerkt aan de door de inspectie ingestelde maatregelen hetgeen aanvankelijk niet van de raad van bestuur (geen verstrekking van nadere gegevens, e.d.) gezegd kon worden. De raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente (heren Ramaker en Zijlstra) hebben meermalen desgevraagd aangegeven dat er geen sprake was van onverantwoorde zorg. Het is de heer Nugteren nog steeds niet duidelijk wat dr. Jansen feitelijk aan schade heeft berokkend. Het beeld dat in de pers werd geschetst komt niet overeen met het beeld dat binnen de inspectie bestaat en door het ziekenhuis gegeven werd: hij deed soms wel bijzondere dingen: zo heeft dr. Jansen in Enschede een man met zelfmoordneiging van de dakrand gehaald, Hongaarse eenzame man die dreigde te verpieteren geholpen, zeer positieve reacties had hij van de vereniging Parkinson etc.

De commissie vraagt de heer Nugteren op welk moment de inspectie een onderzoek start. Er bestaat binnen de inspectie een leidraad meldingen die aangeeft hoe te handelen bij een melding. Daar staat niet in dat verslaving een reden is om patiëntendossiers te gaan openen. De inspectie heeft deze bevoegdheid niet. Ze gaat wel met de persoon aan de slag. Het criterium onverantwoorde zorg met een structureel karakter kan bepalend zijn voor het wel/niet instellen van een onderzoek.

De klacht van de heer Hollander (inbrengen en gebruik port-à-cath), zo geeft de heer Nugteren desgevraagd aan, staat los van het disfunctioneren van dr. Jansen en het verslavingsgedrag van dr. Jansen. De heer Nugteren heeft het dossier Hollander 'niet in zijn hoofd', maar is er indertijd wel mee bezig geweest. Er is sprake van een technisch gebeuren dat niet goed is gegaan.

De heer Nugteren weet niet (meer) dat mevrouw Schoenmaker informatie natrok omdat het haar bekend was dat uit de obductie van mevrouw Hollander bleek dat zij behandeld was op basis van een niet juiste diagnose. Dit gegeven sluit overigens wel aan op dat deel van de uitspraak van de klachtencommissie.

Mevrouw Schoenmaker verliet de inspectie op 13 mei 2004. Tijdens de overdrachtsperiode bezochten mevrouw Schoenmaker en de heer Nugteren de ziekenhuizen die tot het gebied behoorden: niet alle dossiers werden doorgenomen van ziekenhuizen die misschien terug zouden kunnen komen. De overdracht richtte zich op de lopende en te behandelen zaken.

De heer Nugteren vindt dat dr. Jansen een arts was die 'niet langs de gebruikelijke lijnen' werkte. In ieder beroep zijn er mensen die de grenzen opzoeken: dit kunnen heel effectieve en toegewijde mensen zijn, maar ook het soort mensen dat discutabel bezig zou kunnen zijn. Het kan een risico vormen. Het is lastig voor de inspectie dergelijke gevallen te herkennen. Het aantal inspecteurs is in relatie tot het aantal beroepsbeoefenaars veel te beperkt om over iedere schouder mee te kijken. De inspecteur is afhankelijk van de meldingen door patiënten, het oordeel van collegae en van de verantwoordelijke raad van bestuur. Er moet sprake zijn van een werkbare relatie.

De inspectie en de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente voerden aan de hand van een vaste agenda twee tot driemaal per jaar een regulier overleg. Allereerst kwamen de algemene ontwikkelingen binnen het ziekenhuis, zoals risico's bouw en financiën, beleid, jaarverslag en daarna de meer specifieke zaken (bijvoorbeeld disfunctioneren van artsen) en lopende meldingen aan de orde. Sinds de invoering van prestatieindicatoren in 2005 vindt meer beoordeling plaats op grond van aantal standaardpunten. Vanaf 2006 gaat het om jaargesprekken in plaats van regulier overleg. De heer Nugteren verwijst de commissie Hoekstra voor het aantal malen en wanneer dr. Jansen in het overleg van de raad van bestuur en inspectie aan de orde is geweest naar zijn aan de commissie-Hoekstra aangereikte notitie. Het door de heer Zijlstra genoemde overleg op 23 februari 2004 heeft geen plaats gehad en was ook niet gepland. Dat de heer Zijlstra tijdens het overleg op 23 maart 2004 ontploft zou zijn omdat de inspectie nog geen actie had ondernomen tegen dr. Jansen ontkent de heer Nugteren en wijst daartoe op het verslag van het overleg waarin correcties staan vermeld van de heer Zijlstra met betrekking tot diverse zaken, maar niet in de alinea over dr. Jansen. De heer Zijlstra bewaart in zijn herinnering kennelijk andere gebeurtenissen dan feitelijk in het verslag zijn vastgelegd. De heer Nugteren heeft de heer Zijlstra gewezen op het door het ziekenhuis aangifte doen bij de officier van justitie; het ziekenhuis stelt immers het strafbare feit vast. Dit is aan de orde geweest in het meldingenoverleg van de inspectie en heeft in augustus 2004 geleid tot het anoniem voorleggen van het probleem door de inspectie aan de officier van justitie. Dr. Jansen heeft zich in een gesprek op 24 mei 2004 bereid verklaard mee te werken en zich psychiatrisch te laten onderzoeken. Met de heer Van Dam, officier van justitie, is afgesproken dat indien betrokkene aantoonbaar nogmaals in de fout zou gaan, de inspectie aangifte van alle bekende feiten zou doen. Dit is niet gebeleden. De heer Nugteren heeft in het gesprek met de officier van justitie de naam Jansen bewust niet genoemd, omdat hem gezegd was dat dit dan in feite al een melding betekende.

In de aantekeningen van het telefoongesprek met de heer Van Dam staat de datum 24 mei 2004 vermeld. Om 15.00 uur die dag vond het gesprek met dr. Jansen plaats en op diezelfde dag maakte dr. Jansen zich weer schuldig aan receptvervalsing. De commissie vraagt hoe dit zich verhoudt tot de afspraak dat de inspectie indien niet aan de zeven onvoorwaardelijke voorwaarden, afspraken met dr. Jansen zou worden voldaan, via een speedprocedure het regionaal tuchtcollege alsnog zou verzoeken dr. Jansen uit het BIG-register uit te schrijven.

De heer Nugteren reageert niet overwogen te hebben om aangifte te doen en geeft aan zich de datum 24 mei 2004 niet specifiek te herinneren. De heer Nugteren ziet het als volgt: er zijn een aantal afspraken gemaakt waarbij sprake is van vertrouwen maar ook van controles. Controles omdat bekend is dat verslavingsgedrag inhoudt dat niet alles hoeft te kloppen wat gezegd wordt en omdat controles gericht zijn op de vraag of er sprake is van mogelijke terugval. In elk geval is samen met het cluster farmacie geconcludeerd dat na het tijdstip van het gesprek geen vastgestelde fraude meer heeft plaats gevonden.

De commissie legt de zeven door de inspectie geformuleerde 'onvoorwaardelijke maatregelen' in het gesprek aan de heer Nugteren voor met het verzoek te vertellen hoe de inspectie daarmee is omgegaan. Het gaat om de volgende zeven afspraken:

1. Onderzoek door een door de inspectie aan te wijzen onafhankelijke psychiater;
 2. Toestemming van dr. Jansen aan de inspectie om aan zijn eigen psychiater en psycholoog informatie op te vragen over zijn ziekte-inzicht, de ernst van zijn problematiek, zijn herintegratie en prognose;
 3. Geen terugkeer van dr. Jansen in het Medisch Spectrum Twente;
 4. Op grond van de eerste twee maatregelen zou de inspectie beoordelen "of voldoende waarborgen voor verantwoordelijke zorg door dr. Jansen als arts aanwezig zijn";
 5. Als deze beoordeling positief zou zijn, zou dr. Jansen zich verplichten om "zodra hij als arts ergens aan het werk gaat (bij een instelling of als zelfstandig ondernemer) hij dit vooraf meldt aan de inspectie. Tevens meldt dr. Jansen de doorgemaakte problematiek aan de directie van de instelling of aan de werkgever. De inspectie kan daartoe informatie inwinnen bij betrokken directie of werkgever";
 6. Wat "prescriptiegedrag" betreft zou dr. Jansen zich transparant opstellen en meewerken aan een controle;
 7. Onderzoek van de inspectie in het Medisch Spectrum Twente bij dossiers van dr. Jansen in overleg met de raad van bestuur.
-
1. Onderzoek door een door de inspectie aan te wijzen onafhankelijke psychiater. Dr. Jansen zei de afspraken een aantal malen af, maar heeft uiteindelijk het onderzoek ondergaan, maar de geraadpleegde psychiater waar schuwde wel voor de kans op terugval als dr. Jansen weer als arts werkzaam zou zijn en dus makkelijk aan medicijnen zou kunnen komen.

De afspraken werden door hem uitgesteld vanwege de behandeling van zijn verslaving die hij in twee klinieken onderging en waarover hij de inspectie ook informeerde. De inspectie, zo zegt de heer Nugteren, plaatste de noodzaak tot dit onderzoek niet alleen in het licht van de kans dat er terugval mogelijk is in verslavingsgedrag, maar was vooral bedoeld om een oordeel te krijgen over zijn bekwaam- en geschiktheid om als arts te functioneren, of er nog sprake was van medicatieafhankelijkheid en of er ziekte-inzicht bestond.

2. *Toestemming van dr. Jansen aan de inspectie om aan zijn eigen psychiater en psycholoog informatie op te vragen over zijn ziekte-inzicht, de ernst van zijn problematiek, zijn herintegratie en prognose. Er ontwikkelt zich een vrij lange en moeizame correspondentie met de psychiater en de psycholoog. De inspectie neemt genoegen met de brief van de 'eigen' psychiater van dr. Jansen (van 8 december 2005), waarin deze de inspectie meedeelt dat hij geen controlerend arts ten behoeve van de inspectie maar behandelaar is van dr. Jansen. Dit betreft drie weken voordat de inspectie dr. Jansen toestemming geeft weer aan de slag te gaan. De inspectie neemt genoegen met het antwoord van de psychiater.*

De heer Nugteren veronderstelt dat dit klopt, maar kan het in zijn herinnering niet helemaal meer reconstrueren. Er was een moeizame correspondentie vooral omdat de toen behandelend psychiater en de psycholoog beide door ziekte en uitschakeling niet langer behandelaars konden zijn en er een nieuwe psychiater door hem gevonden moest worden. Hij gaf toestemming om bij de nieuwe, behandelende psychiater te informeren. Dat die niet op het verzoek om informatie in kon gaan is begrijpelijk vanuit de behandelrelatie en het medisch beroepsgeheim. De inspectie kon dat begrijpen. Het zal in het cluster besproken zijn. In feite was het opvragen van informatie aan de behandelaar een oneigenlijke afspraak. Wel was duidelijk dat hij onder voortgaande psychiatrische begeleiding stond.

3. *Geen terugkeer van dr. Jansen in het Medisch Centrum Twente. Dit punt heeft geen nadere toelichting.*
4. *Op grond van de eerste twee maatregelen zou de inspectie beoordelen 'of voldoende waarborgen voor verantwoorde zorg' door dr. Jansen als arts aanwezig zijn.*
5. *Als deze beoordeling positief zou zijn, zou dr. Jansen zich verplichten om 'zodra hij als arts ergens aan het werk gaat (bij een instelling of als zelfstandig ondernemer) hij dit vooraf meldt aan de inspectie. Tevens meldt dr. Jansen de doorgemaakte problematiek aan de directie van de instelling of aan de werkgever. De inspectie kan daartoe informatie inwinnen bij betrokken directie of werkgever. Was het de inspectie bekend dat dr. Jansen al solliciteerde voordat het was toegestaan dat hij nieuwe werkkring kon zoeken?*

Dit punt geldt als een waarschuwing ingeval dr. Jansen niet mee zou willen werken. Door te voldoen aan de twee eerste voorwaarden (hij werd beoordeeld door een onafhankelijk psychiater die hem onder voorwaarden geschikt vond om als arts te functioneren en hij gaf toestemming voor het opvragen van informatie) kon de inspectie zijn verzoek om weer aan het werk gaan verder beoordelen.

De heer Nugteren meldt dat het de inspectie bekend was dat dr. Jansen solliciteerde/zich oriënteerde in Duitsland. Ook was de inspectie op de hoogte van zijn sollicitatie in Spijkenisse: daarover had dr. Jansen gemeld "geen schijn van kans te maken".

Op 21 maart 2006 informeerde dr. Jansen de inspectie over zijn vergevorderde sollicitatie in Duitsland. De heer Nugteren nam telefonisch contact op met het ziekenhuis aldaar en informeerde dr. Knoche over de problematiek misbruik medicijnen, burn-out, maar niet over het verslavingsgedrag.

De heer Nugteren licht toe dat het bijzonder is dat de inspectie contact opneemt met een ziekenhuis in het buitenland. Dat valt immers buiten haar werkgebied en bevoegdheden. Dr. Jansen heeft de inspectie schriftelijk geïnformeerd met kopie aan dr. Knoche. De inspectie heeft niet vastgesteld of deze kopie daadwerkelijk is verzonden dan wel is ontvangen. Dit ligt volgens de heer Nugteren niet binnen het werkveld van de inspectie. Door het telefoongesprek met de directeur van de Duitse kliniek was voldoende informatie verstrekt. De inspectie kan niet treden in de verantwoordelijkheden van de Duitse werkgever en autoriteiten op dit gebied.

In januari 2009 blijkt dr. Jansen werkzaam te zijn in een privé kliniek in Duitsland. Dr. Jansen heeft de inspectie niet geïnformeerd over de wijziging van werkgever.

De heer Nugteren reageert desgevraagd dat dit ook niet opgenomen was in de afspraak: melding zou plaatsvinden over een toekomstig werkverband in Nederland.

6. *Wat 'prescriptiegedrag' betreft zou dr. Jansen zich transparant opstellen en meewerken aan een controle. De inspectie meldde dr. Jansen op 3 januari 2006 dat hij weer kan solliciteren. Hoe verhoudt zich dit tot het feit dat de uitslag van het onderzoek uitgevoerd door Menzis naar de receptvervalsing nog niet binnen is (afronding onderzoek vindt plaats in maart).*

De heer Nugteren herinnert zich dit punt zo niet. Dat onderzoek vond volgens hem in 2004 plaats.

7. *Onderzoek van de inspectie in het Medisch Centrum Twente bij dossiers van dr. Jansen in overleg met de raad van bestuur.*

Dit onderzoek is niet uitgevoerd. Dr. Jansen is niet meer werkzaam in Nederland. Dossieronderzoek zou naar de beleving van de inspectie belangrijk zijn ingeval dr. Jansen weer in Nederland aan de slag wilde. Het verslavingsgedrag werd niet meer vastgesteld en er bestond geen wettelijke mogelijkheid om zijn gedrag in het buitenland te beoordelen.

De commissie legt de heer Nugteren het volgende feit voor: op 16 april 2004 werd de inspectie gebeld door een medewerker van Menzis met de mededeling dat uit dossieronderzoek voortgekomen was dat er sprake was van u-bocht constructie en receptvervalsing. Menzis schreef de heer Nugteren een brief op 19 april 2004. De heer Nugteren reageerde hierop met de aankondiging dat begin mei 2004 een onderzoek uitgevoerd zou worden. De commissie heeft de neerslag van dit onderzoek niet in het dossier teruggevonden.

De heer Nugteren antwoordt: hij heeft dr. Jansen gesproken met name over zijn verslavingsgedrag in relatie tot verantwoorde zorg aan patiënten. Een gesprek is ook een vorm van onderzoek.

De commissie legt de heer Nugteren het volgende feit voor: de inspectie meldde dr. Jansen op 3 januari 2006 schriftelijk dat dr. Jansen een uitnodiging voor een derde gesprek kon verwachten.

De heer Nugteren meldt desgevraagd zich niet te herinneren of dit derde gesprek heeft plaatsgevonden. Hij heeft dr. Jansen wel aan de telefoon gesproken. Hij veronderstelt dat het gesprek niet heeft plaatsgevonden omdat dr. Jansen werkzaam was in Duitsland.

In reactie op de vraag van de commissie Hoekstra of de heer Nugteren aanbevelingen gericht op de toekomst kan geven, meldt de heer Nugteren dat uit iedere casus iets te leren is. In de overwegingen geplaatst in het eind van het onderzoek van de inspectie van 19 februari 2009 is een deel van de gedachten van de heer Nugteren meegenomen. Het is een probleem dat men als toezichthouder moet kunnen vertrouwen op de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur. Het is niet mogelijk om over iedere schouder van iedere beroepsbeoefenaar mee te kijken. De inspectie verkrijgt veelal informatie op grond van uitkomstgegevens. Het is belangrijk voor de inspectie om af en toe werkgegevens in te kunnen zien, dossiers in te kunnen kijken van patiënten etc. Dit kan echter alleen met toestemming van patiënten. Dit soort zaken is nu volop in beweging, maar was in de periode 2004 niet gebruikelijk. De inspectie heeft overigens nog steeds geen zelfstandig inzage-recht in patiëntendossiers. De belangrijkste bron van informatie voor de inspectie zijn normaliter meldingen van patiënten (die er in deze casus niet waren) en de informatie van de raad van bestuur. De inspectie heeft met de raad van toezicht gesproken over de door de inspectie veronderstelde zorgelijke situatie in het Medisch Spectrum Twente. Er was sprake van een grote en snelle wisseling binnen de raad van bestuur.

De heer Nugteren deelt de mening zoals beschreven door de heer Legemaate wat betreft het opleggen van tuchtmaatregelen. De te volgen procedures met betrekking tot het vaststellen van verslavingsgedrag zijn dusdanig lang dat per direct daarmee weinig te bereiken is. Deze vorm van beroepsbeperkende afspraken is kwetsbaar. Dr. Jansen heeft niets kunnen doen in zijn afhankelijke positie. Hoe maak je publiek dat hij in Nederland niet aan de slag mag zonder dat getoetst is aan de rechten die hij heeft. Dit knelt. Het is de heer Nugteren niet duidelijk welke schade de mediahype aan wie heeft toegebracht. Hij is er van overtuigd, ook met de kennis van nu, goed gehandeld te hebben. Welke dokter mist geen diagnose? Dit is geen alarmsignaal, maar kwam wel in dit geval in de krant. Wanneer is iets structureel? Wat zijn de verbeteringsmogelijkheden gezien de beperkte mogelijkheden om snel te handelen? Zo vraagt de heer Nugteren zich af.

De heer Nugteren heeft dit verslag op 23 maart 2010 geautoriseerd.

drs. N.C. Oudendijk

4 maart 2010

Op 22 december 2004, de dag waarop de heer Oudendijk aan zijn functie aanvankelijk als crisismanager, later als plaatsvervangend/waarnemend inspecteur-generaal begon, verkeerde de inspectie op een dieptepunt. Er was veel gedoe waarbij medewerkers van de inspectie hun hart luchtten bij journalisten. Diverse rapporten onder meer van de commissie – Pont verschenen. Aanleiding waren misstanden. De heer Kingma vertrok per februari 2006 en de heer Van der Wal werd de nieuwe inspecteur-generaal maar kwam pas eind 2006. De heer Oudendijk vertrok op 1 maart 2008 bij de inspectie.

Wat was er aan de hand bij de inspectie?

Iets meer dan tien jaar voor zijn komst naar de inspectie vond in 1995 een samenvoeging plaats van een aantal inspecties. Op dat moment kende iedere regio/iedere provincie zijn eigen inspectiekantoor met zijn eigen regionaal inspecteur die daar de baas was. De hoofdinspectie i.c. de leiding zetelde in Den Haag. De regionale inspecties functioneerden zeer autonoom.

In die tien jaar ging het reorganisatieproces volop aan de gang. Provinciale/regionale inspecties werden gefuseerd. Uiteindelijk ontstond de huidige situatie: een hoofdinspectie in Den Haag en vier regionale inspecties. De inspectie was feitelijk een organisatie van en door dokters. Er was veel strijd wie de nieuwe regionale inspecteur in de nieuwe regio's zou worden. Er waren altijd verliezers in de organisatie. Veel mensen hadden in figuurlijke zin blauwe plekken opgelopen: er was grote onvrede. Velen hadden moeite met het gegeven dat men in eerdere regio inspecteur was geweest en in de nieuwe regio ondergeschikt moest functioneren. De regionale inspecteurs bleven naar eigen goeddunken handelen en de leiding in Den Haag was onvoldoende betrokken. De heer Oudendijk noemt als voorbeeld voor de toen heersende regionale cultuur de wijze waarop met name in de Limburgse regio een inspecteur afscheid nam: het afscheid vond plaats in een ziekenhuis waarmee de inspecteur al twintig jaar contact had. De inspectie was als het ware een onderdeel van het ziekenhuis geworden.

Op het moment van aantreden van de heer Oudendijk werkten honderd mensen bij de hoofdinspectie. Ook binnen de hoofdinspectie werd autonoom gehandeld door individuele medewerkers die daardoor de leiding wel eens verrasten. Een voorbeeld: in de krant stond dat de Arbeidsinspectie haar focus zou gaan richten op de ziekenhuizen. De leiding van de hoofdinspectie was niet op de hoogte. Na twee weken uitzoeken bleek een inspecteur overleg te hebben gevoerd en afspraken te hebben gemaakt met de Arbeidsinspectie. Noch de leiding noch enige inspecteur binnen de inspectie wist daar verder van. De heer Oudendijk wilde een organisatie waarin uiteindelijk de inspecteurs geprotocolleerd werken en niet langer volstrekt autonoom werkten. Er is nu sprake van een goed functionerend elektronisch registratiesysteem waarin alle meldingen en calamiteiten opgenomen zijn.

In de toenmalige inspectie werkten aan de ene kant kwalitatief zeer hoogwaardige professionals maar bestond er aan de andere kant geen goede structuur om te opereren. De top van de inspectie werd niet structureel betrokken doch raakte toevallig betrokken bij het functioneren via bijvoorbeeld de publiciteit. Wellicht bestonden er wel protocollen, maar die bleken niet te worden gebruikt. Wie zich niet aan de protocollen/afspraken wilde houden, kon dat veilig doen. Dit kon in de context waarin de inspectie als toezichthouder weinig geprofessionaliseerd was en er geen heldere afspraken over beleid waren geformuleerd. Staatstoezicht, maar met een cultuur van en voor dokters. Overigens zonder dat de betrokkenen dat zo beleefden. De heer Oudendijk noemt het praktijkvoorbeeld van de sluiting van één van de afdelingen van het St. Radboud Medisch Centrum. De heer Oudendijk nam dat besluit, maar tegelijkertijd werd de heer Kingma gebeld door de cardiologen van dat ziekenhuis om op hem als inspecteur-generaal een beroep te doen om dat besluit tegen te houden.

Er was sprake van een grote professionele betrokkenheid: iedereen kende elkaar. De inspectie functioneerde op zijn best in het overleg met de instelling als het niet over al te ingewikkelde zaken ging. Zodra het werkelijk iets betekende, ontstond er een soort wegloupedrag.

Op de vraag van de commissie-Hoekstra waar de grens ligt voor de inspectie om een onderzoek in te stellen en het treffen van maatregelen (disfunctioneren medisch specialist in relatie tot het constateren van het leveren van onvoldoende verantwoorde zorg door een instelling), geeft de heer Oudendijk de volgende toelichting. Tot ongeveer tien jaar geleden was er geen systeem waardoor de inspectie structureel op de hoogte was en adequaat kon optreden. In de afgelopen

tien jaar is ook vanuit de beroepsgroep steeds meer het besef ontstaan dat het binnen de beroepsgroep gehanteerde fenomeen 'handen boven het hoofd houden' niet langer in het belang van de beroepsgroep is. Er was sprake van een langzame kanteling. Met betrekking tot het disfunctioneren van een medisch specialist speelde altijd de vraag hoe dat aan te tonen en hoe dat te bewijzen. Het klassieke voorbeeld is het verhaal dat ruzies binnen een maatschap geen effect zouden hebben op de kwaliteit van de patiëntenzorg. Dit wordt niet geloofd, maar het is niet te bewijzen. In de casus Nijmegen is op grond van dossieronderzoek (inzage in honderd dossiers met instemming van de patiënten) vast komen te staan dat slechte communicatie tussen de medici expliciete gevolgen heeft voor de patiëntbehandeling. De inspectie ging over tot het formuleren van randvoorwaarden: incidenten dienen gemeld te worden en instrumenten daartoe dienen ontwikkeld te worden om daar grip op te krijgen. Er kan sprake zijn van chronisch, maar ook van incidenteel disfunctioneren. Inmiddels is in de afgelopen jaren een soort gestandaardiseerde manier gevonden om een en ander juridisch af te wikkelen.

Wanneer wordt de grens overschreden en is er sprake van onverantwoorde zorg?

Indien er sprake is van structureel, chronisch disfunctioneren wordt de grens overschreden. Terug naar de casus in Nijmegen. De norm werd gehanteerd dat ingeval men 100 patiënten opereert er niet meer mogen overlijden dan acht. Na onderzoek bleek de uitkomst 19 overledenen te zijn. Er bleek geen sprake van een moeilijkere populatie. Stillegging vond plaats. Dit was een drama, zeker voor een academisch ziekenhuis. Het totale proces werd opnieuw ingericht. Resultaat: op de eerste 200 operaties overleed één patiënt. Waarop is een norm (in dit geval een internationaal geaccepteerde) gebaseerd? Waar leg je de lat? Wat is verantwoorde zorg?

Casus Medisch Spectrum Twente. Hoe zou nu worden aangekeken met behulp van welke criteria tegen de casus in de periode van toen?

Het is in de huidige situatie met alle ontwikkelde instrumenten ondenkbaar dat een dergelijke situatie door een individuele inspecteur kan worden afgehandeld. De hoofdinspecteur, met inbegrip van de juridische afdeling, zou nu op grond van protocollen, op de hoogte zijn. Daarnaast is het risico dat een ziekenhuis nog zou willen nemen door niet te melden bij de inspectie enorm afgenomen. De beroepsgroep, i.c. de Orde van Medisch Specialisten, zegt het zich eigenlijk niet te kunnen permitteren dat sprake is van het handhaven van disfunctionerende specialisten. Een niet-melding betreft ook een overtreding van de wet. Ook is het niet meer aan de orde dat een raad van toezicht kiest voor ontslag van de directie bij een conflict in het ziekenhuis. Op vele fronten zijn er gewijzigde opstellingen.

De informatieverstrekking vanuit de medische staf naar de raad van bestuur en daarop naar de raad van toezicht loopt niet altijd even goed/even optimaal in de zin dat men achter de feiten aanloopt, zo veronderstelt de commissie-Hoekstra.

De heer Oudendijk reageert dat het veiligheidsmanagement-systeem gericht is op het voorkomen van fouten door het leren van bijna-fouten. Deze inhoudelijke informatie komt niet terecht bij de raad van bestuur. Er bestaat onderscheid tussen calamiteiten en incidenten gericht op lering en verbetering en wat daarmee door wie wanneer te doen in het licht van melden.

De heer Schellekens heeft in het gesprek met de commissie-Hoekstra aangegeven dat aan te bevelen is dat de inspectie onder bepaalde omstandigheden, met inachtneming van criteria, individueel en generaal dossieronderzoek zou moeten mogen doen. Een snel onderzoek wordt in de weg gestaan door de regels op het gebied van de privacy-bescherming.

De heer Oudendijk onderschrijft deze aanbeveling, maar wijst op het belang om dit soort uitzonderingen specifiek op te nemen in de WOB. Voor aanvullende informatie verwijst de heer Oudendijk naar de expertise die op dit punt opgebouwd en voorhanden is bij de inspectie.

De heer Oudendijk constateert dat de beroepsgroep medisch specialisten in de afgelopen tien jaar een grote positieve verandering heeft doorgemaakt. Er is een cultuur ontstaan waarin men ervan bewust is van fouten te kunnen leren en waarin men de verantwoordelijkheid oppakt om meldingen neer te leggen bij de raad van bestuur.

In het licht van eenvoudiger beïnvloeding van verhoudingen ziet de heer Oudendijk geen groot nut om de loondienst-structuur te gaan voeren. Hoogwaardige professionals gedragen zich los van de wijze waarop de arbeidsverhoudingen zijn neergelegd, zowel in de medische wereld als in het bedrijfsleven. Een wettelijk regeling biedt geen garantie. De heer Oudendijk ziet achter de schermen dat er om allerlei redenen een stille revolutie gaande is. De instroom van vrouwen in

de studie geneeskunde en op de arbeidsmarkt neemt toe en zal zo zijn effect hebben op de maatschapstructuur. Maar uiteraard in situaties waarbij beëindiging van de werkzaamheden plaats moet vinden, zal een loondienstconstructie helpend kunnen zijn. Dr. Jansen stond in loondienstverhouding: achteraf gezien kan niet gezegd worden dat dit geholpen heeft. Een goede zaak kan zijn om in het kwaliteitssysteem op te nemen dat een persoon die niet meldt, daarvoor verantwoordelijk is en daar dus last van moet krijgen.

De heer Oudendijk heeft dit verslag op 23 maart 2010 geautoriseerd.

drs. E.J. Overkamp

26 februari 2010

De heer Overkamp licht toe dat hij als interimbestuurder in de periode 5 april 2005 tot 24 februari 2006 (zes dagdelen per week) werkzaam was bij het Medisch Spectrum Twente. De heer Overkamp heeft eind vorige week een dossier laten samenstellen door het ziekenhuis ter voorbereiding op het gesprek van heden als ook op het komende gesprek met de commissie-Lemstra II. De opdracht bij zijn aantreden omvatte het helpen herstellen van een vertrouwensbreuk tussen de medische staf en de toenmalige bestuurder, de heer Ramaker, alsmede het opstellen van een plan om de raad van bestuur samen te stellen. De heer Ramaker werd op 25 april 2005 echter kort na zijn aantreden op non-actief gesteld nadat de medische staf het vertrouwen in hem had opgezegd. Medio juni 2005 werd de raad van bestuur tijdelijk versterkt met een tweede lid, de heer B.D.Keim. De officiële benoeming tot voorzitter en lid raad van bestuur a.i. vond op 7 juli 2005 plaats. Op 18 augustus 2005 heeft de raad van commissarissen het besluit genomen tot de vorming van een driehoofdige raad van bestuur en werd gestart met de vacaturevervulling voorzitter raad van bestuur. De heer Kingma is eind oktober 2005 in die functie benoemd. Hij begon in Enschede op 1 februari 2006. De heer Overkamp vertrok per 24 februari 2006.

De heer Overkamp zegt graag te willen melden dat vanaf zijn start van werken tot september 2005 de kwestie rond dr. Jansen geen item was in het ziekenhuis. Dit is het pas geworden toen eind september 2005 in de media berichten verschenen. Nadat een letselschadeadvocaat melding maakte van een aantal klachten is de raad van bestuur intern op de hoogte gesteld over dr. Jansen. Er was sprake van negen meldingen waarvan er zich vijf ontwikkelden tot claims/aansprakelijkheidsstellingen over een periode van 1998 tot eind 2003. Dr. Jansen was sinds december 2003 niet meer actief als neuroloog. De collega-neurologen hadden sindsdien de praktijk van dr. Jansen overgenomen. Een aantal klachten betrof verkeerde diagnosestelling en was door de vakgroep neurologie inmiddels achterhaald. Alle klachten werden via de klachtencommissie onderzocht. Na opeenvolgende mediaberichten steeg het aantal meldingen bij de letselschadeadvocaat snel van tien naar veertig. De raad van bestuur zag dat als een logische reactie door bezorgde patiënten. Welke patiënten het betrof was de raad van bestuur niet bekend. De raad van bestuur zag geen noodzaak om acuut in te grijpen: de neurologische patiëntenzorg op dat moment was goed gegarandeerd, dr. Jansen was sinds december 2003 niet meer in functie en de collega-neurologen hadden diens praktijk in toto overgenomen en gescreend.

De raad van bestuur wachtte met het bepalen van de koers op de (re)acties van de letselschadeadvocaat, die de advocaat het ziekenhuis in het vooruitzicht stelde. Wel werd een persbericht uitgebracht op 6 oktober 2005 waarin de kwaliteit van de neurologische zorg van dat moment en een zorgvuldige behandeling van alle klachten werden benadrukt. Eind februari 2006 –na het vertrek van de heer Overkamp- ontving de raad van bestuur de eerste vier schademeldingen uit de door de letselschadeadvocaat aangekondigde aansprakelijkheidsstellingen/claims. Hoe het beleid daarop vervolgd werd, is de heer Overkamp niet bekend aangezien hij per 1 februari 2006 werd opgevolgd door de heer Kingma en op 24 februari 2006 uit het ziekenhuis was vertrokken. Nadien is hij nimmer geraadpleegd. De heer Overkamp is gewezen op de naam Jansen Steur op de loonlijst bij het tekenen van de salarisbetalingen, maar heeft hem nooit persoonlijk ontmoet. Dr. Jansen was in 2003 op non actief gesteld en in 2004 werd de arbeidsovereenkomst beëindigd met een vertrekregeling, die voorzag in doorbetaling van zijn salaris tot de zogenaamde OBU-gerechtigde leeftijd.

De heer Overkamp schetst desgevraagd de situatie die hij bij aantreden in het Medisch Spectrum Twente aantrof. De vertrouwensbreuk tussen de medische staf en de raad van bestuur was de heer Overkamp bekend. Het was zijn opdracht deze te herstellen. De heer Overkamp is bij zijn kennismakingsgesprek met de inspectie (de heer Nugteren) in juni 2005 geconfronteerd met de zorg van de inspectie over het effect van de vertrouwensbreuk. Hij trof een organisatie aan die in zijn recente geschiedenis vele bestuurswisselingen had gekend: het was een komen en gaan van bestuurders en managers.

Over de oorzaak van de vertrouwensbreuk: het medisch stafbestuur was het oneens met een voorstel tot reorganisatie als ook de wijze van uitvoering door de voorzitter van de raad van bestuur, de heer Ramaker. Het stafbestuur bracht derhalve een negatief advies uit inzake het betreffende voorstel. Het voorstel betrof onder meer het instellen van resultaatverantwoordelijke eenheden waarvan de leiding vervolgens aan de raad van bestuur zou rapporteren. De meningen binnen de medische staf waren verdeeld. De heer Ramaker meende dat er in de medische staf voldoende steun bestond voor zijn voorstel en ging buiten het formele overleg om -via gesprekken met maatschappen/vakgroepen- de stemming peilen. Hem bleek een meerderheid van stemmen en hij besloot het negatieve advies van het stafbestuur naast zich neer

te leggen. De heer Overkamp was het overigens niet oneens met de heer Ramaker dat het anders moest in de organisatie. Het medisch stafbestuur ervoer de situatie als een voor het blok zetten.

De situatie escaleerde. Vermoedelijk speelde ook een rol dat er tussen de raad van bestuur en de medische staf sprake was van een zekere mate van 'incomptabilité d'humeur'; cultuur en leiderschapsstijl botsten. De raad van bestuur was éénhoofdig, vervolgens zes clustermanagers en daaronder maatschappen, vakgroepen en specialismen. Werkoverleg en communicatie verliepen structureel via de clustermanagers. De raad van bestuur stond daardoor op tamelijk grote afstand van het primaire proces. De interim-raad van bestuur heeft in samenspraak met het stafbestuur een nieuw organisatiemodel ontwikkeld, dat voorzag in een directe relatie tussen de raad van bestuur en de specialismen en dat grote steun verkreeg binnen de medische staf en de organisatie. De heer Overkamp meldt desgevraagd dat de vakgroep neurologie geen rol speelde in de vertrouwensbreukkwesitie. Naast structuren en resultaatverantwoordelijke eenheden speelt ook het fenomeen cultuur van het ziekenhuis. Ieder ziekenhuis kent en heeft zo zijn eigen cultuur. De interim-RvB trof in het Medisch Spectrum Twente een klimaat aan en een cultuur, waarin onderlinge toetsing minder sterk ontwikkeld en vanzelfsprekend was dan men elders gewend was en een medische staf, die in een zekere beslotenheid zijn eigen besluitvormingsprocessen voerde. De interim-raad van bestuur en het stafbestuur waren beiden van mening, dat er meer aandacht moest komen voor structurele kwaliteitsverbetering en –handhaving en gaven daartoe in de tweede helft van 2005 diverse aanzetten.

De heer Overkamp wordt in een artikel in Tubantia van 24 september 2005 geciteerd "altijd serieuze zaken bij de Inspectie" te melden. Waarop berust deze uitspraak?

De heer Overkamp reageert erop met de opmerking dat het citaat een algemeen karakter draagt en terugvoert naar zijn wijze van handelen als bestuurder van ook andere zorginstellingen. Er is geen sprake van een concreet geval in het Medisch Spectrum Twente. De heer Overkamp had in juni 2005 in een kennismakingsgesprek met de inspectie (informatief) vernomen dat er bij het vertrek van dr. Jansen een regeling was getroffen. Hij was ervan op de hoogte dat de inspectie met dr. Jansen nadere afspraken had gemaakt over de condities inzake een eventuele werkhervatting. De heer Overkamp heeft later op eigen initiatief na de zomervakantie 2005 nog een bezoek gebracht aan de inspectie over een gerezen probleem aangaande een andere afdeling/specialisme. Dat had geen verband met de kwestie inzake dr. Jansen. De heer Nugteren heeft in het kennismakingsgesprek van juni 2005 de zorg van de inspectie uitgesproken over de bestuurlijke (dis)continuïteit en de rol van de raad van bestuur en de raad van commissarissen daarbij. Op verzoek van de heer Nugteren heeft de heer Overkamp de gegevens verstrekt, waarmee de inspectie de voorzitter van de raad van commissarissen kon bereiken, teneinde een gesprek tussen de inspectie en de voorzitter en een lid van de raad van commissarissen te bewerkstelligen. De heer Overkamp was daarbij niet uitgenodigd en heeft begrepen dat de zorgen bij de inspectie kennelijk na het gesprek waren weggenomen.

In juni 2005 bestond (uitsluitend met toestemming van de inspectie) de mogelijkheid dat dr. Jansen weer aan het werk zou kunnen gaan. Toen de eventuele mogelijkheid van werkhervatting door dr. Jansen werd geopperd heeft de interim-raad van bestuur in samenspraak met het medisch stafbestuur de inspectie laten weten dat eventuele werkhervatting in Medisch Spectrum Twente geheel uitgesloten was.

De heer Overkamp meldt desgevraagd dat er binnen het Medisch Spectrum Twente geen onderscheid bestond en/of werd ervaren in de positie loondienst of vrijgevestigd. Het maakt zijns inziens qua functioneren en sanctioneren niet uit. Er vonden geen functioneringsgesprekken plaats vanuit de raad van bestuur en/of het medisch stafbestuur met medisch specialisten. De interim-raad van bestuur heeft in goed overleg met het stafbestuur daartoe eind 2005 de eerste aanzetten gegeven. Dat geldt ook voor een protocol disfunctioneren medewerker (12 oktober 2005).

Op dit moment fungeert de heer Overkamp als werknemer/programmadirecteur, verbonden aan zes topklinische opleidingsziekenhuizen die zich in Nederland willen onderscheiden door het aanbieden van zorg van de hoogste kwaliteit, objectief meetbaar. Per 1 juni 2010 stopt hij met deze functie. In 2005/2006 en de jaren daarvoor bestond er in diverse Nederlandse ziekenhuizen, dus niet alleen in Medisch Spectrum Twente, onvoldoende organisatie en systematiek op het gebied van de kwaliteit van handelen van artsen en andere professionals. Veel is afhankelijk van incidentmelding en de cultuur in het ziekenhuis. Overkamp constateert een groot verschil in de benadering van kwaliteits- en veiligheidsvraagstukken tussen 2005 en daarvoor en 2010. In relatief korte tijd is er een kentering in positieve zin waarneembaar, mede als gevolg van kwesties als Jansen Steur, de maagbandchirurg uit Emmen, de thoraxchirurgie in het Radboud et cetera. Het besef is gegroeid en nog groeiende, dat je niet meer kunt volstaan met een reactief systeem, dat slechts is gebaseerd

op klachten en incidentmeldingen en dat exclusief binnen de eigen kring van de medische staf wordt gehanteerd. Hoe ernstig ook, doorgemaakte situaties rondom onzorgvuldig medisch handelen maken het anno 2010 zonder veel discussie mogelijk om kwaliteitseisen door te voeren in een ziekenhuis en een cultuurverandering te entameren.

De Orde van Medisch Specialisten maakt in zijn ogen een tamelijk bescheiden slag met de aanbeveling eind 2009 om visitatierapporten niet voor te behouden aan de eigen kring maar ook aan te bieden aan de raad van bestuur. Dit geeft aan, dat er nog een weg te gaan is. Ook is het hem bekend, dat er nog steeds discussies zijn in sommige medische staven over de vraag of de uitkomsten van systemen inzake het functioneren van medisch specialisten wel bij de raad van bestuur bekend mogen zijn. De heer Overkamp is het eens met de aanbevelingen van de commissie Lemstra-I dat melding niet meer overgelaten wordt aan de beoordeling van een individuele bestuurder, maar dat het in het verband van het medisch stafbestuur gelegd moet worden met een afdwingende status. Maar zijns inziens ook gerapporteerd dient te worden aan de raad van bestuur.

Veiligheids-/kwaliteitssystemen in de industrie en het vervoerswezen zijn vaak in technische, objectief metende systemen neer te leggen. Bijvoorbeeld de zwarte doos in een vliegtuig en waarschuwingssystemen bij naderend onheil. Wat er zich in de behandelkamer tussen medisch specialist en patiënt afspeelt, onttrekt zich veelal aan waarneming door derden of meting door objectieve systemen. Het kwaliteitssysteem richt zich op een analyse achteraf van afwijkende resultaten bij diagnose en behandeling. Er moet daarnaast een cultuur gevestigd worden waarin het geven van rekenschap en het afleggen van verantwoording in de eigen kring en naar eindverantwoordelijke bestuurders als normaal onderdeel en positieve stimulans gezien wordt van het werken in een medisch-professionele omgeving. Daar zal zeker een preventieve werking van uit gaan. Medische professionals beoordelen collega-professionals structureel of voldaan wordt aan maatstaven die op dat moment gelden voor het vakgebied. Moeilijk voor sommigen, maar zeer wel mogelijk en onvermijdelijk. Voorts zullen naar zijn mening systemen ontwikkeld moeten worden, waarbij een incident in ziekenhuis A via een 'early warning system' snel bekend wordt gemaakt in overige ziekenhuizen. Langs die weg kunnen vele fouten vermeden worden.

De heer Overkamp gaat verder dan de commissie Lemstra-I. Een raad van bestuur dient zijns inziens anno 2010 in beginsel zonder filtering of selectie van informatie over het individuele functioneren van de medisch professional zich op onafhankelijke wijze een oordeel te vormen over de kwaliteit van de geleverde prestaties in het ziekenhuis, zowel per individu als per specialisme. Alleen dan kan de raad van bestuur zijn eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid dragen. Uiteraard behoren elementen als de onderlinge toetsing in de eigen professionele kring, de beoordeling van de werking van het kwaliteitssysteem door bijvoorbeeld een stafbestuur en de evaluatie van de resultaten voortvloeiende uit systemen als Individueel Functioneren van Medisch Specialisten (IFMS), met kracht gestimuleerd te worden teneinde de gewenste cultuur en dito organisatie op het gebied van veiligheid en kwaliteit te vestigen, maar daarnaast zal de raad van bestuur een eigenstandig oordeel moeten kunnen vellen.

De raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente was voor het (moment van) melden afhankelijk van signalering vanuit het ziekenhuis en de medische staf waarbij sprake was van een zekere beslotenheid in de kring van medisch specialisten. De inspectie had en heeft in deze situatie geen positie.

Dit zou wel kunnen, meent de heer Overkamp, indien de inspectie evenals het ziekenhuisbestuur zou beschikken over structurele informatie uit bijvoorbeeld visitatierapporten en systematisch gerubriceerde uitkomsten van klachtenregelingen. De inspectie zou de bevoegdheid moeten hebben om te beschikken over deze systemen alsook om de werking van deze systemen te toetsen. Hij hoopt dat de consequenties die neergelegd zijn in het rapport 'De vrijblijvendheid voorbij' in de jaarrapportage van de IGZ door wet- en regelgeving worden gevolgd. De interim-raad van bestuur heeft daar niet op gewacht: zie de eerder gemelde eerste stappen in najaar 2005 in Medisch Spectrum Twente. De heer Overkamp meldt vanuit zijn huidige functie als programmadirecteur dat de zes eerder genoemde ziekenhuizen (OLVG, Medisch Spectrum Twente, St. Antonius Nieuwegein, Martini Ziekenhuis Groningen, Catharina Ziekenhuis Eindhoven, Canisius te Nijmegen) zich er voor inzetten dat systemen op een gestructureerde wijze worden gehanteerd die objectief aantoonbaar leiden tot toetsbare kwaliteitsverbetering.

Binnen de zes ziekenhuizen werken inmiddels commissies necrologie met externe beoordelaars ; daarnaast zijn er initiatieven inzake onderlinge benchmarking op kwaliteitsgebied en de introductie van systematisch onderzoek naar afwijkingen ten aanzien van bijvoorbeeld de verblijfsduur van een patiënt op de IC en de oorzaken daarvan. Tevens

worden vergelijkingen in sterftcijfers uitgevoerd en bestaat het voornemen om een 'early warning system', dat primair functioneert tussen de zes ziekenhuizen, te ontwikkelen. Er is sprake van een wezenlijke cultuuromslag, waaraan de deelnemers en uitvoerders van harte vorm en inhoud geven en waarin de beslotenheid van de eigen medische kring wordt achtergelaten.

De inspectie heeft op grond van de commissie-Lemstra I gereageerd met de klacht dat zij onvoldoende geïnformeerd zou zijn geweest door de raad van bestuur. Kijkend naar de ontwikkelingen na 2005 is het begrijpelijk dat de inspectie dit zegt. De heer Overkamp wijst erop dat van zijn zijde nooit enige schroom heeft bestaan bij contact leggen en melden van zaken bij de inspectie. Er was toen en daarvoor ook niet aantoonbaar dat er een beleid was om informatie achter te houden. De inspectie heeft in de casus van dr. Jansen de heer Overkamp nooit naar een dossier gevraagd.

In reactie op de vraag of de heer Overkamp vindt dat er in de positie van de inspectie verandering aangebracht moet worden, antwoordt hij bevestigend. De inspectie zou meer 'waakhondachtige' aspecten en bevoegdheden moeten hebben. Verscherpt toezicht en het stilleggen van activiteiten kunnen dienen als prikkel gericht op verandering. Cultuurveranderingen nemen generaties in beslag: dat duurt te lang. De marktwerking als ook de wijziging van het stelsel bewerkstelligen dat de overheid op administratief en financieel gebied steeds meer terugtreedt. Juist dan moet de overheid de toegang tot de zorg als ook de kwaliteit van de zorg regelen. Daar ligt een taak voor de inspectie, maar wel met toereikende bevoegdheden.

De heer Overkamp geeft de commissie twee notities die als een aanhangsel bij dit verslag worden gevoegd.

De heer Overkamp heeft dit verslag op 19 maart 2010 geautoriseerd.

Verklaring ten behoeve van commissie-Hoekstra d.d. 26 februari 2010

In april 2005 startte ik als interim-bestuurder bij het MST.

Tot september 2005 was de kwestie JS geen specifiek onderwerp van aandacht. Een gebeurtenis uit het verleden.

Tot er berichten in september/oktober 2005 in de krant verschenen, waarbij letselschadeadvocaat Drost melding maakte van klachten/claims inzake JS.

Wij lieten ons als RvB intern op de hoogte stellen van de kwestie JS.

Er bleek op dat moment (september 2005) in totaal over een reeks van jaren een 9-tal klachten te zijn, waarvan 5 zich hadden ontwikkeld tot claims –betrekking hebbend op diverse schadejaren- en die in 2005 werden ingediend.

JS was sinds december 2003 niet meer actief als neuroloog. De collega-neurologen hadden de praktijk van JS sinds eind 2003 in zijn geheel overgenomen. Daarbij waren in een aantal gevallen onjuiste diagnoses geconstateerd. Dat leidde tot de genoemde klachten/claims.

De letselschadeadvocaat liet aanvankelijk in de media weten over circa 10 dossiers te beschikken (Tubantia, 28 september 2005), waarmee hij aan de slag was. We wisten niet of de bij MST bekend zijnde klachten daar onderdeel van waren. Opeenvolgende mediaberichten lieten vervolgens een snelle stijging zien van het aantal meldingen bij de advocaat. Op zich werd dit gezien als logische reactie van bezorgde patiënten.

De patiëntenzorg op dat moment in 2005 was goed gegarandeerd. Er behoefde derhalve niet acuut te worden ingegrepen. We waren in afwachting van de claims, die de letselschadeadvocaat voorbereidde, om mede op basis daarvan onze eigen koers en beleid te bepalen. Dat leek ons de meest verstandige weg. We lieten een persbericht uitgaan (d.d. 6 oktober 2005), waarin we onder meer de hoogwaardige neurologische zorg bevestigden en wezen op een zorgvuldige behandeling van alle klachten en/of claims door MST.

De letselschadeadvocaat liet enkele keren, laatstelijk in februari 2006, via de media weten, dat hij enige tijd nodig had om zijn dossiers af te ronden. Naar mijn weten zijn er –pal na mijn vertrek uit het MST- eind februari 2006 de eerste daaruit voortvloeiende aansprakelijkheidsstellingen binnengekomen. Het vervolg daarvan, de overige claims, welk beleid is gevoerd en welke beslissingen zijn genomen onttrekt zich aan mijn waarneming. Er was tijdens mijn interim-bestuurschap zeker geen voornemen om niets te doen. Ik was sinds 1 februari 2006 geen voorzitter-RvB meer en ben in de loop van die maand uit het ziekenhuis vertrokken.

E.J. (Bert) Overkamp
februari 2010

Data (t.b.v. verklaring cie-Hoekstra/Lemstra II)

- Associé van Boer & Croon; 5 april 2005 tot 24 februari 2006 interim-bestuurder in MST.
- Oorspronkelijke opdracht: als toegevoegd lid-RvB a.i. samen met de voorzitter-RvB, R. Ramaker, werken aan:
 - herstel vertrouwen tussen de RvB en de medische staf;
 - herijking van de organisatieplannen;
 - voorbereiding permanente vervulling functie lid-RvB.
- Drie weken later, op 25 april 2005 : Ramaker op non-actief na opzegging vertrouwen door medische staf.
- Opdracht aangevuld met:
 - ontwikkelen voorstel inzake gewenste opzet van een RvB, opdat er weer spoedig een permanente RvB zou functioneren.
- Medio juni 2005: versterking in de RvB door benoeming van een 2e interim-bestuurder: B. Keim.
- 7 juli 2005: Overkamp en Keim formeel benoemd tot voorzitter resp. lid-RvB a.i.; contract Ramaker per die datum ontbonden. Een collegiale RvB met specifieke verdeling van aandachtsgebieden. Oorspronkelijk de zorg als kerntaak bij de voorzitter en de overige taken bij het lid. Dit verwaterde snel; veel onderwerpen –zoals cultuurombuiging- laten zich niet opdelen naar deze twee aspecten.
- 18 augustus 2005: besluit vorming 3-hoofdige RvB; start zoekproces permanente voorzitter RvB.
- Eind oktober 2005: Kingma benoemd tot voorzitter-RvB.
- 1 februari 2006: start Kingma. Vertrek uit interim-functie 24 februari 2006.

E.J. (Bert) Overkamp, februari 2010

drs. R. Ramaker

De heer Ramaker heeft de commissie in een e-mailbericht van 23 januari 2010 om 10.26 uur het volgende laten weten:

“Na ampel beraad ben ik tot de conclusie gekomen dat ik geen behoefte heb om met de commissie-Hoekstra te spreken. Wat dus betekent dat ik geen gebruik wens te maken van uw uitnodiging.”

De commissie heeft de heer Ramaker vervolgens gevraagd om de redenen van deze weigering te mogen vernemen. Ook heeft de commissie de heer Ramaker gevraagd of hij bereid is vragen van de commissie schriftelijk te beantwoorden. Op deze verzoeken heeft de heer Ramaker niet gereageerd.

drs. M.J. van Rijn

8 april 2010

De heer Van Rijn was van 2003 - 2008 directeur-generaal gezondheidszorg.

De heer Van Rijn vond de inspectie in 'zijn tijd' zeer onafhankelijk. Dat had ook invloed op het beleid. De publieke en politieke aandacht voor de kwaliteit van de zorg en van de inspectie nam in die tijd ook toe. Er waren drie soorten rapporten van de inspectie in de richting van het ministerie: (1) over individuele gedragingen, (2) over instellingen en (3) de sector (thema's zoals zorg in verpleeghuizen). Rapporten over individuele gedragingen zag je als directeur-generaal nooit. Over rapporten over instellingen werd je wel geïnformeerd maar had je geen formele rol. De rapporten over de sector wel. De heer Van Rijn geeft aan dat de heer Bekker voor rapporten een procedure heeft opgesteld: concept-bevindingen worden aan het ministerie voorgelegd, beleidsafdeling kreeg drie weken voor het formuleren van reactie van de minister, rapport werd vervolgens naar de Kamer gezonden.

De relatie tussen departement en inspectie in algemene zin (werkplannen, begroting, jaarverslag, infovoorziening) werd beheerd door de directeur-generaal volksgezondheid, de heer H. de Goeij. Daarnaast voerde de inspectie periodiek overleg met de directeur curatieve zorg en eens per kwartaal met de directeur-generaal gezondheidszorg over lopende zaken en zaken die uit een overleg op een lager niveau gemeld waren. Toen de heer Van Maanen secretaris-generaal werd is de inspecteur-generaal ook toetredend tot de bestuursraad waardoor sprake was van wekelijks contact. In de bestuursraad informeerde men elkaar over het reilen en zeilen op het ministerie en dus ook bij de inspectie. De heer Van Rijn was een voorstander om in de bestuursraad niet alleen beheersingsvraagstukken, maar ook beleidsvraagstukken met elkaar te delen. Niet zozeer aan de hand van dikke rapporten, maar om elkaar meer te informeren over elkaars beleidsterreinen. Ook maakte de inspectie toen al deel uit van de ministerstaf. In dit overleg werden vooral aankondigingen gedaan dat er iets speelde, iets verwacht werd vooral op bijvoorbeeld het gebied van bekostiging.

135

Het bevreemde de heer Van Rijn in zijn tijd als directeur-generaal dat de inspectie situaties in ziekenhuizen bijvoorbeeld typeerde als onaanvaardbaar, maar aarzelend stond tegenover het direct nemen van maatregelen. Veelal werd daarop aangedrongen door de directieuren-generaal. Als je iets onaanvaardbaar vindt, moet je er iets aan doen. De werkwijze bij de inspectie was om de problemen in overleg met de betreffende instelling op te lossen. Binnen de inspectie was (nog) sprake van een cultuur van voor en door dokters. Mede onder invloed van de directieuren-generaal is binnen de inspectie een zekere verhardende beweging ingezet. Het ministerie had daarbij belang omdat het thema veiligheid en kwaliteit hoog op de agenda stond. Er was sprake van een voortdurende spanning: het ministerie gaf vanwege allerlei problemen in de zorg de inspectie voortdurend opdrachten om zaken uit te zoeken en de inspectie vroeg of ze op het ministerie wel rekening hielden met hun beperkte capaciteit.

De heer Hoekstra wijst de heer Van Rijn op de zelfstandige situering van het Openbaar Ministerie maar met sterke aansturing door het ministerie vanwege de ministeriële verantwoordelijkheid. Het is niet de bedoeling om een model over te planten, maar er is sprake van een vergelijkbare positie voor de inspectie die immers net als het openbaar ministerie vaak in de vuurlinie van de publiciteit ligt.

De heer Van Rijn is zeker voorstander van meer gestructureerde overleggen waarbij niet uitsluitend met de inspecteur-generaal gesproken wordt, maar ook met de hoofdinspecteurs. Er werd jaarlijks overleg gevoerd over het werkplan van de inspectie. Het professionaliseren en structureren van dit overleg, dat dan niet alleen zou dienen te gaan over capaciteitsvraagstukken, zou zeker een goede stap zijn.

De heer Van Rijn ervaart enige aarzeling om de ambtelijke ondersteuning voor dit overleg los te houden van de directieuren-generaal. Dat zou ten koste kunnen gaan betrokkenheid van en goede interactie met de directieuren-generaal.

Het werkplan van de inspectie is een moment van bespreking met een 'vechtend' karakter: beleidsdirecties willen meer, de inspectie kan niet alles uitvoeren. Het zou jammer zijn het contact met de inspectie te beperken tot dit soort momenten van overleg. Het komt er immers op aan dat er iets gebeurt.

Er liggen veel rapporten met veel aanbevelingen. De heer Hoekstra wijst op brieven die naar de Kamer gaan: reacties nu op vragen van de Kamer op 24 september 2009. Het beeld geeft voortgang aan: maar reageert men onder druk van de vragen van de Kamer of heeft men zaken op het departement al gereed liggen? Informatie, bevindingen,

aanbevelingen etc. lijken zich op te stapelen. Is er sprake van samenhang waardoor keuzes gericht op maatregelen gemaakt kunnen worden?

De heer Van Rijn wijst erop dat de inspectie voortkomt uit de werkwijze waarop het werkplan en de jaarlijkse staat van de gezondheid naar de Kamer worden gestuurd; politieke bemoeienis tussendoor werd als beetje lastig ervaren. Om dit 'op te lossen' zou men moeten denken aan een gestructureerde vorm van rapportage.

De heer Van Rijn licht in korte bewoordingen de wijze toe waarop de inspectietaak bij de woningcorporaties vorm en inhoud is gegeven. De heer Van Rijn stelde zich een vorm van gesystemiseerd toezicht voor: regulier en gericht toezicht. De heer Kingma zag daarvan zeker wel de noodzaak in en startte dit traject dat later door de heer Van der Wal verder is uitgevoerd. Dit traject verliep moeizaam omdat dit een forse verandering was van de werkwijze tot dan toe. Vanuit de inspectie werd bovendien gewezen op capaciteitsproblemen.

De heer Van Rijn begreep dit, kijkend naar aantal instellingen, aantal beroepsbeoefenaren etc. deels wel, maar met de invoering van risicobeleid los je dit al grotendeels op. Het bedrijfsmatig benaderen van toezicht betekende een cultuurverandering die niet snel bleek te kunnen worden doorgevoerd.

De heer Van Rijn stelt zich een eenvoudige berekening van FTE's voor: bijv. aantal instellingen, aantal gewenste/noodzakelijke bezoeken, aantal beschikbare tijd betekent aantal inspecteurs. Als je alle ziekenhuizen in Nederland bezoekt met twee inspecteurs, kost je dat anderhalf jaar. Bijkomend voordeel is ook dat er sprake is van een aantal inspecteurs die alles weten van ziekenhuizen.

De heer Van Rijn wijst erop dat de inspectie een lange en lastige periode van reorganisatie heeft gekend. De heer Kingma en later de heer Van der Wal hebben gekozen voor inhoud en thema's, maar de organisatie bleek daar niet goed op te sluiten. De slag moe(s)t gemaakt worden naar structurering, een meer bedrijfsmatige aanpak gericht op inzicht waar risico's zich bevinden.

De heer Van Rijn meldt desgevraagd dat hem in de periode dat hij werkzaam was als directeur-generaal nooit en niets heeft vernomen over perikelen rondom het Medisch Centrum Twente en dr. Jansen. De verklaring is dat over dit soort meldingen en rapporten de inspectie niet rapporteerde aan de beleidskolom.

De heer Van Rijn pleit voor systematisering van het toezicht met daarbij een goede verantwoording. Het op orde hebben van informatiesystemen is één ding. Maar gerealiseerd dient te worden dat men niet kan vertrouwen op systemen. Goede ad hoc controle, door mensen met gezond verstand, blijft een noodzaak. We moeten oppassen terecht te komen in een situatie waarbij een burger met zijn auto door rood rijdt en de politie vertelt dat dit gebeurd is omdat er geen sprake was van toezicht.

De heer Van Rijn heeft dit verslag op 9 april 2010 geautoriseerd.

drs. W.M.C.L. Schellekens

4 maart 2010

De heer Schellekens licht kort zijn loopbaan toe: huisarts, Ziekenfondsraad, negen jaar bestuurder Reinier de Graaf ziekenhuis te Delft, zeven jaar bestuurder CBO (kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg) en vanaf 2006 werkzaam aanvankelijk als adviseur en vanaf mei 2007 als hoofdinspecteur.

Bij zijn aantreden bij de inspectie was de heer Schellekens niets bekend over de bemoeienis van de inspectie met dr. Jansen. Dat werd de heer Schellekens pas bekend nadat publicaties in de media verschenen.

Had de inspectie moeten kunnen weten dat door het disfunctioneren van dr. Jansen zoveel patiënten potentieel beschadigd waren?

De heer Schellekens kent de betrokken inspecteur zeer goed (in zijn beleving één van de betere inspecteurs) en gelooft de uitspraak van de betrokken inspecteur dat deze niet door de raad van bestuur van MST op de hoogte is gebracht van het disfunctioneren van dr. Jansen met betrekking tot de zorg voor patiënten. Deze inspecteur heeft aan de raad van bestuur gevraagd of er negatieve consequenties waren van het gedrag, later zijn verslaving, maar daar is door de raad van bestuur ontkennend op geantwoord. Ook bij visitaties namens de Wetenschappelijke Vereniging is de problematiek steeds ontkend door de betrokken maatschap, medische staf en raad van bestuur. Op grond van het interne onderzoek van de inspectie is het de heer Schellekens bekend dat de inspecteur op de hoogte was van de wijze waarop dr. Jansen zich opstelde in de omgang: niet goed functionerend, geïsoleerd, arrogant, zich zelfstandig opstellend en naar buiten toe solistisch optredend. De heer Schellekens kent dr. Jansen van een interview op televisie naar aanleiding van de ziekte van Parkinson en Prins Claus. Het was hem bekend dat dr. Jansen in neurologenkring een zeker gezag genoot.

De raad van bestuur was niet op de hoogte van de verkeerde diagnosestelling. Pas jaren later is dit naar buiten gekomen. De heer Schellekens veronderstelt dat dit een gevolg is van het verstrijken der jaren (na het vertrek van dr. Jansen) waarbij patiënten - nu behandeld door andere neurologen - met de verkeerde diagnose gezond bleven dan wel langer bleven leven dan op grond van de diagnose voor mogelijk werd gehouden.

In het onderzoek van de inspectie is geconstateerd dat er over het disfunctioneren van dr. Jansen ook geen signalen zijn binnengekomen via verpleeghuisartsen of huisartsen. Het Medisch Spectrum Twente kent een betrekkelijk groot patiëntengebied met patiënten doorgezonden door honderden huisartsen. Het zou toeval zijn geweest als een verkeerde diagnosestelling bij patiënten van eenzelfde huisarts plaatsvindt en de betrokken huisarts hierin een patroon zou hebben kunnen herkennen. Als de inspectie vertrouwen heeft in de raad van bestuur wordt de afhandeling van een casus overgelaten aan de raad van bestuur en wil de inspectie hierover gerapporteerd worden. De inspectie doet bij vermoeden op disfunctioneren niet routinematig retrospectief statusonderzoek, tenzij er aanwijzingen zijn dat patiënten potentieel schade zouden hebben opgelopen (bijvoorbeeld blijkend uit de inhoud van de melding). Disfunctioneren en relationele problemen (spanningen) binnen de maatschappen is een dagelijks bij de inspectie binnenkomend onderwerp. Ieder ziekenhuis heeft zo zijn eigen problematiek op dit gebied.

In deze casus zou retrospectief statusonderzoek naar alle waarschijnlijkheid alleen hebben opgeleverd dat er sprake was van onvoldoende statusvoering, waarop de arts zeker zou zijn aangesproken. De statusvoering zou de verkeerde diagnosestellingen vrijwel zeker niet aan het licht hebben gebracht: ontbreken van essentiële informatie en het feit dat de verkeerde diagnose pas jaren later ontdekt kon worden, omdat het beloop niet overeen kwam met de diagnose. De inspectie kent naast algemeen toezicht (jaargesprekken) drie vormen van toezicht: incidententoezicht, thematisch toezicht en risico gestuurd toezicht. Algemeen toezicht richt zich op de wijze waarop het ziekenhuis of zorginstelling vorm en inhoud geeft aan het kwaliteitsbeleid en wat daarvan de resultaten zijn. Het incidententoezicht draagt een reactief karakter: onderzoek van meldingen, inclusief calamiteiten. De beide andere vormen van toezicht hebben een proactief karakter. Het thematisch onderzoek betreft het gestructureerde onderzoek bij alle ziekenhuizen of een steekproef hieruit van een zorgproces of afdeling of functie waar patiënten risico lopen, bijvoorbeeld het operatieve proces, de intensive care, de medische technologie, de oncologische ketenzorg, enz..

De afhandeling van meldingen geschiedt volgens de door de minister vastgestelde 'Leidraad meldingen'. Met betrekking tot het incidententoezicht is het bekend dat een kwart van hetgeen gemeld zou moeten worden bij de inspectie, wordt gemeld (zie NIVEL-onderzoek aantal vermijdbare doden in Nederlandse ziekenhuizen). Dit betekent dat

een ziekenhuis één tot twee meldingen per maand zou moeten doen: maar het is nul tot zes keer per jaar. Een forse ondermelding dus.

Naast meldingen vanuit de ziekenhuizen ontvangt de inspectie meldingen van patiënten, familie, collegae, raden van bestuur, etc. Meldingen van patiënten en familie betreft vaak klachten over de zorg. Binnen de inspectie wordt de discussie gevoerd over wat te doen met deze klachten. Het Nederlands klachtrecht is zodanig geregeld dat klachten door de instellingen zelf moeten worden opgepakt en besproken. De inspectie behandelt geen klachten, maar verwijst de melder/klager door naar de klachtencommissie van een ziekenhuis. Uitzondering is als de melding/klacht een signaal zou kunnen zijn van een ernstige situatie die ook gevolgen kan hebben voor andere patiënten. In dat geval neemt de inspectie zo'n klacht wel als melding in behandeling. Dit systeem wordt niet altijd door de klagers begrepen en werkt dan als een forse dissatisfier. Klachtenopvang, en klachtenbemiddeling door de klachtenfunctionaris van het ziekenhuis is laagdrempelig, brengt klager en 'beklaagde' bij elkaar en is daarmee voor de klager vaak veel bevredigender. De formele klachtenbehandeling door de klachtencommissie is voor de klager vaak een afknapper: deze commissie doet alleen een uitspraak over het feit of de klacht wel of niet gegrond is. Ook al wordt de klacht gegrond verklaard, is het verloop/de afloop heel vaak toch onbevredigend in de beleving van de klager. Men wendt zich dan tot de inspectie en krijgt daar nul op het rekest, omdat de inspectie geen beroepsinstantie is voor uitspraken van een klachtencommissie.

In het kader van de bescherming van privacy en persoonsgegevens worden op dit moment meldingen die als klacht worden verwezen naar de klachtencommissie niet geregistreerd in het registratiesysteem van de inspectie (WPM). De inspectie ziet wel toe op het functioneren van het klachtensysteem in het ziekenhuis, niet op de individuele klachtenbehandeling. Als het vermoeden bestaat dat dit systeem niet goed functioneert, wordt dit onderzocht, dus niet de individuele casus. Omdat de individuele/incidentele klachten niet door de inspectie mogen worden geregistreerd, is het niet mogelijk een patroon te ontdekken. Dit geldt ook voor een anonieme melding, die door de inspectie niet in behandeling worden genomen. Het niet mogen registreren houdt in dat de inspectie zich ook achteraf niet kan verantwoorden. Hierop maakt de inspectie af en toe wel een uitzondering. Voorbeeld is de casus, dat een groep intensive care verpleegkundigen uit één ziekenhuis zich schriftelijk anoniem tot de inspectie wendt met een ernstig in te schatten klacht gericht op het disfunctioneren van de intensive care-afdeling of het mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist, waarbij de zorg voor patiënten in gevaar komt: de inspectie heeft deze anonieme melding wel onderzocht.

Vanuit de optiek van de burger kan de heer Schellekens zich algemeen gesproken goed het gevoel voorstellen dat doorverwijzing van klachten naar de instelling waar de klacht betrekking op heeft ervaren wordt in de trant van 'dat er niets gedaan wordt'.

Met de kennis van nu kijkend naar de casus van dr. Jansen wijst de heer Schellekens erop dat de toen bij de inspectie bekende problematiek ook nu geen uitzondering vormt: het komt zelfs regelmatig voor. Verslaving aan alcohol en verdovende middelen komt onder artsen voor. Twee vragen spelen daarbij een rol: vormt de beroepsbeoefenaar door verslaving een gevaar voor de patiëntenzorg en kan de inschatting gemaakt worden of de beroepsbeoefenaar in de toekomst een gevaar daartoe vormt en of er reeds schade is aangericht. Het gebruik van alcohol en verdovende middelen tijdens het werk wordt beschouwd als ontoelaatbaar gedrag, waarvan eventueel ook aangifte wordt gedaan bij het OM.

De heer Schellekens wijst erop dat de inspecteur die bekend was met de verslaving van dr. Jansen de neuroloog heeft benaderd als ware hij een zieke arts die geen potentieel gevaar vormde voor de patiëntenzorg, omdat hiervoor geen aanwijzingen waren vanuit meldingen of Raad van Bestuur en bovendien deze arts inmiddels ontslagen was en niet meer werkzaam was. De inspectie heeft niet de bevoegdheid om zonder toestemming van de patiënten patiëntendossiers te bekijken. Wel is er inzage op het moment dat toestemming aan de patiënt wordt gevraagd en verkregen (extra moeilijk ingeval patiënt is overleden en contact met nabestaanden moet plaatsvinden). Op dit moment ligt een wetsvoorstel bij de Eerste Kamer om de inspectie inzage te geven indien dit voor de uitvoering van haar taak noodzakelijk is. Het zou vanuit de verantwoordelijkheid van de inspectie wenselijk zijn indien er wel sprake zou zijn van inzage. Van de inspecteur mag en kan verwacht worden dat hij met privacy gevoelige informatie weet om te gaan. Het zou het werk van de inspectie zeer vergemakkelijken. Uiteraard is het een goede zaak dat de inspecteur motiveert waarom hij inzage nodig acht.

Waarom vormen de Belastingdienst en de Voedsel en Waren Autoriteit hierop eigenlijk een uitzondering?

De heer Schellekens vult dit voorbeeld aan met de NZa die recent in het licht van onderzoek naar declaratiefraude tachtig dossiers heeft kunnen inzien. Waarom kan en mag de inspectie dit niet? De heer Schellekens wijst erop dat de inspectie

het inzagerecht al jarenlang daar waar mogelijk en nuttig voor het voetlicht brengt en neerlegt in rapporten en jaarverslagen. Het inzagerecht zou de aanpak in breder verband van de calamiteitenmeldingen en thematisch onderzoek enorm vergemakkelijken en versnellen.

Inzagerecht bestaat voor de inspectie wel als de patiëntendossiers zijn geanonimiseerd, bijvoorbeeld in een situatie waarbij het indicatorenbeleid wordt geverifieerd. De dossiers worden de inspectie dan geanonimiseerd voorgelegd (dit betekent veel werk voor het ziekenhuis).

De bescherming van de privacy speelt ook een rol bij de discussie rond het EPD. De heer Schellekens vergelijkt de bescherming van het EPD met die van een papieren dossier. De bescherming van het papieren dossier is zeer laag: vrijwel iedereen kan met een beetje doorzettingsvermogen papieren dossiers inzien op een afdeling. Een dossier bevindt zich vaak in een niet afgesloten statuskar. Inzage in het EPD is veel beter beschermd, maar als daar lekken ontstaan dan is er niet alleen inzage in één dossier, maar in principe in alle dossiers en dat maakt dat het belang van bescherming bij het EPD zo groot is.

Is het een suggestie om bij de melding 'niet goed functionerende maatschappen' inzage te hebben in de visitatierapporten?

Tot voor kort, zo reageert de heer Schellekens, waren deze rapporten eigendom van de maatschappen. In toenemende mate worden afspraken gemaakt om deze rapporten integraal dan wel in samengevatte vorm ter beschikking te stellen aan de raad van bestuur. Er is wat dat betreft sprake van een cultuurdoorbraak, waarbij artsen verantwoording gaan afleggen aan de raad van bestuur. De raad van bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit en de veiligheid in het ziekenhuis, maar nergens is geregeld hoe dit waar te maken. De inspectie heeft in haar laatste rapport (Staat van de Gezondheidszorg, 2009: "De vrijblijvendheid voorbij: bestuur en toezicht met betrekking tot kwaliteit en veiligheid") duidelijke uitspraken daarover gedaan. Zelfs zodanig dat naar de mening van de inspectie het niet mogelijk is voor een raad van bestuur verantwoordelijkheid te nemen indien de toelatingsovereenkomst van de medisch specialist bijvoorbeeld de informatieplicht niet regelt. De minister heeft dit idee overgenomen: mogelijk wordt opgenomen in de nieuwe cliëntenwet, dat een toelatingsovereenkomst specialist-ziekenhuis wettig nietig is als daarin niet is geregeld hoe de raad van bestuur zijn verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid kan waarmaken. Hieronder valt vanzelfsprekend de verantwoordings- en informatieplicht van de medisch specialist aan de raad van bestuur. Er is echter sprake van een private overeenkomst: het is de vraag of wettelijk bepaald kan worden dat een toelatingsovereenkomst nietig kan zijn. De inspectie is als afgeleide van de wet verantwoordelijk om toe te zien op het bestuur van instellingen. Het bestuur moet dan wel inzicht hebben in aanpak en resultaten van de zorg. Het visitatierapport typeert de heer Schellekens in het licht van inzage en verantwoordelijkheden als marginaal. De inhoud is vaak nog redelijk oppervlakkig. Vertrouwen kan niet volledig berusten op deze rapporten. De raad van bestuur dient overigens niet alleen in het licht van calamiteiten geïnformeerd te zijn, maar sowieso altijd over resultaten.

Wat moet de raad van toezicht bewerkstelligen om zijn taak als toezichthouder te realiseren?

De inspectie verkeert midden in die discussie. De raad van toezicht ziet erop toe dat de raad van bestuur zijn eindverantwoordelijkheid ook aantoonbaar invult en waarmaakt. De gedachte is dat hoe dan ook er een informatieprotocol tussen raad van toezicht en raad van bestuur moet worden opgesteld en nageleefd. De raad van toezicht dient te weten hoe de raad van bestuur wordt geïnformeerd over de aanpak en resultaten van het primaire proces en over de zaken die niet goed lopen, inclusief calamiteiten. Het zou goed zijn als de raad van bestuur ook de calamiteiten in de raad van toezicht zou bespreken. Ook meent de heer Schellekens dat de raad van toezicht alle brieven van de inspectie zou moeten zien. De inspectie geeft immers niet voor niets advies. De raad van toezicht dient de raad van bestuur te bevragen of de risico's in kaart zijn gebracht, niet alleen wat betreft de financiën en gebouw maar ook de zorg, ruzie in maatschappen, problemen met het managementteam, niet in te vullen vacatures, onverklaarbaar hoog personeelsverloop en ziekteverzuim. De raad van toezicht moet niet alleen afhankelijk zijn van de informatieplicht van de raad van bestuur. Eenmaal per jaar overleg met het managementteam (raad van bestuur aanwezig als toehoorder) en tweemaal per jaar met het stafbestuur is nodig om een pluis/niet pluis gevoel te kunnen ontwikkelen. Ook is het aan te bevelen dat daartoe periodiek personen in de raad van toezicht worden uitgenodigd om te spreken over zaken die in het ziekenhuis spelen. Het is bij dit alles wel belangrijk dat de raad van bestuur zich in de uitvoering van zijn werkzaamheden, nemen van verantwoordelijkheden niet bedreigd voelt. Een wijze raad van toezicht kan op goede wijze bestuurlijk balanceren, maar het is een gegeven dat de raad van toezicht naast adviseur ook werkgever is voor de raad van bestuur. De heer Schellekens acht het dan ook nuttig dat de raad van toezicht zorgvuldig op grond van professionele expertise en achtergrond wordt samengesteld. Lidmaatschap is geen erebaantje of lobbybaantje meer: het is een parttime baan met eigen verantwoordelijkheden. Dit idee wordt vormgegeven in het rapport 'De vrijblijvendheid voorbij' en kent een breed draagvlak.

In de periode 2000 - 2004 functioneerde de regionaal inspecteur autonoom in de aanpak en afhandeling van de individuele casuïstiek, doch wel binnen de kaders van een landelijk team. De regionale inspecteur diende te weten wanneer hij moest opschalen en advies diende te vragen. De inspectie lijkt actiever te worden de laatste tijd.

De heer Schellekens licht toe dat hij aangetrokken is met de opdracht een meerjarenplan te maken met als insteek meer proactief optreden in de zin van risico's opsporen. Wat aangetroffen wordt, wordt openbaar gemaakt. Dat geldt ook voor de maatregelen, die de inspectie neemt. Aan de andere kant is er sprake van een voortdurende discussie met de minister die vaak na een incident van de inspectie een integraal landelijk onderzoek vraagt. De inspectie ziet allereerst een taak weggelegd voor de raad van bestuur/raad van toezicht. Ook zij horen van de problematiek in andere ziekenhuizen en moeten zich de vraag stellen: "wat daar is gebeurd, kan dat ook in mijn ziekenhuis?". De inspectie is beperkt van omvang en kan en mag naar buiten toe niet de illusie wekken dat de patiënt geen risico loopt omdat er een inspectie bestaat. De inspectie moet werken via het vertrouwen in de raad van bestuur en via een risicogestuurd toezichtstelsel. De inspectie kan geen verantwoordelijkheid nemen voor iedere Nederlandse patiënt, maar kan wel maximaal toezien op een goed bestuur. De heer Schellekens pleit niet voor een grotere formatie van de inspectie alleen om deze reden: ook dan zou de inspectie deze garantie niet kunnen bieden.

De inspectie reageert zoals eerder gezegd reactief via incidententoezicht en proactief via thematisch en risicogestuurd toezicht. Bij de follow-up van thematisch onderzoek van het operatief proces blijken zes van de acht onderzochte instellingen, waar de inspectie nog problemen aantrof na korte tijd de zaak op orde te hebben gesteld, maar dan wel pas na dreiging met een formele aanwijzing. Klaarblijkelijk helpt inspectieoptreden of het dreigen ermee om ziekenhuizen in beweging te krijgen.

De inspecteurs hebben vaak een carrière als professional, verpleegkundige of medisch specialist achter zich. De heer Schellekens meldt desgevraagd het bestaan van een interne inspecteursopleiding die verplicht gevolgd dient te worden bij aantreden. Deze opleiding is in de laatste jaren geprofessionaliseerd. Deze professionals zijn nu inspecteur; hun professionele achtergrond helpt bij hun optreden, maar zij profileren zich niet langer vanuit hun vorige beroep. De inspectie kent relatief veel verpleegkundigen. Dit komt onder andere door de (te) lage inschaling van de inspecteurfunctie (schaal 12 BBRA). Dit trekt geen medisch specialisten aan. Sinds kort is er de mogelijkheid om – mits expliciet gemotiveerd – seniorinspecteurs aan te trekken op schaal 14/15. Beoogd wordt in de contacten tussen de inspectie en de instellingen gelijkwaardigheid te betrachten: contact artsen/artsen, contact verpleegkundigen/verpleegkundigen en bestuurders/bestuurders.

De inspectie heeft behoefte aan een reëel verwachtingspatroon van burger, politiek en minister. Er zal altijd wel een spanningsveld blijven. De goedwillende professionals als ook de raden van bestuur hebben de inspectie nodig als spiegel.

De heer Schellekens hecht persoonlijk aan een goed functionerende governance toegespitst op kwaliteit en veiligheid van de zorg. Governance is niet langer vrijblijvend. Als ook dat geregeld wordt (door meer professioneler raden van bestuur, raden van toezicht), kan de inspectie meer terugtreden.

De heer Schellekens wijst erop dat als gevolg van de marktwerking en de herziening van het gezondheidszorgstelsel de alertheid van de raad van bestuur en raad van toezicht fors is toegenomen zowel op het gebied van de financiën als op het gebied van kwaliteit en van veiligheid.

De vraag wel of niet in loondienst acht de heer Schellekens een verkeerde discussie. Een medisch specialist, zo blijkt uit zijn ervaring, is zowel in loondienst als vrijgevestigd moeilijk aan te sturen. Tegen een medewerker kun je immers ook niet zeggen 'jij doet wat ik zeg'. Loondienst is geen directe oplossing om de huidige problemen op te lossen, maar wel een handvat op de langere termijn: het doorbreekt de relatie tussen omzet en inkomen. Juist de casus van dr. Jansen, een neuroloog in loondienst, laat zien dat loondienst geen panacee vormt voor alle problemen.

De heer Schellekens heeft dit verslag op 28 maart 2010 geautoriseerd.

mr. A.H. Schoenmaker-Miedema arts

Antwoorden van mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema arts op vragen van de commissie. Mevrouw Schoenmaker-Miedema was om persoonlijke redenen niet in staat met de commissie te spreken en heeft vragen van de commissie op 2 maart 2010 schriftelijk beantwoord.

1. *Voorzover wij weten 'deed' Jan Vesseur aanvankelijk het toezicht op de ziekenhuizen in Overijssel. Later was er sprake van betrokkenheid van dr. D.J.B. Ringoir die het dossier op 1 maart 2001 aan u overdroeg. Hoe zat het precies met de toedeling van taken tussen enerzijds u en anderzijds Jan Vesseur en de heer Ringoir?*

De heer Vesseur was aanvankelijk de portefeuillehouder voor de ziekenhuizen in Overijssel. De heer Ringoir was niet werkzaam bij het cluster voor de curatieve gezondheidszorg, maar was inspecteur voor de geestelijke gezondheidszorg. Zijn werkzaamheden in de ziekenhuizen betroffen voornamelijk de PAAZ afdelingen. Door portefeuillevisseling kreeg ik verschillende ziekenhuizen in Overijssel, waaronder het MST, in mijn portefeuille en dit was het geval in 2001. De heer Ringoir werd aanvankelijk benaderd door mevrouw Damink en hij droeg deze klacht toen over aan het curatieve cluster.

2. *In haar reactie op het rapport-Lemstra schreef de inspectie: "De kennis van de IGZ van toen was echter zeer beperkt. Interne partijen binnen het ziekenhuis, zoals de collega-artsen van de neuroloog, maar ook het stafbestuur en de Raad van Bestuur, hebben hun verantwoordelijkheid onvoldoende genomen om op tijd het disfunctioneren van deze arts aan te pakken en de IGZ te informeren. Dit terwijl zij meer informatie hadden over het disfunctioneren van de neuroloog. De inspectie heeft - omdat zij geen aanwijzingen had voor medisch-inhoudelijk disfunctioneren - vragen gesteld, maar geen nader onderzoek ingesteld. De IGZ vertrouwde op de Raad van Bestuur, die meermaals verzekerde dat de kwaliteit van zorg niet in het geding was."*

Waar zaten bij u de lacunes in uw kennis over het disfunctioneren van dr. Jansen?

Ik ben in de jaren rond 2001 nooit concreet op de hoogte gesteld van enig disfunctioneren van de heer Jansen Steur. Nadere informatie daarover of gesprekken daaromtrent kan ik mij niet herinneren en daarvoor zult u het dossier moeten raadplegen.

3. *Kende u (de naam van) dr. Jansen persoonlijk? Had u eerder van dr. Jansen gehoord? Zo ja wat?*

Ik was niet eerder betrokken geweest bij het functioneren van de heer Jansen.

4. *Op 21 maart 2001 vond het zogeheten regulier overleg plaats tussen inspectie (u) en de raad van bestuur van het MST (de heren Bijker en Zijlstra. In uw verslag noteerde u "Jansen Steur is een vreemde vogel, waar ik nog wel meer over zal horen". Hoe moeten we dat opvatten?*

Ik herinner mij niet de context waarin deze opmerking geplaatst is. Het komt meer goedaardig over dan dat er sprake is van (dreigend) disfunctioneren.

5. *U heeft enkele malen contact gehad met mevrouw Damink. Op 30 oktober 2001 vond in Arnhem een gesprek plaats met de heer en mevrouw Damink. In dit gesprek meldde het echtpaar Damink dat de volgende dag de secretaris van de raad van bestuur van MST bij hen op bezoek zou komen. Ze wisten niet waarvoor. Op 5 november 2001 heeft de inspectie de melding van mevrouw Damink afgesloten omdat ze de tweede klacht bij de klachtencommissie en haar klacht bij het tuchtcollege had ingetrokken.*

Hoe wist u van intrekking van deze klachten? Was u op de hoogte van de redenen waarom mevrouw Damink deze klachten heeft ingetrokken? Zo ja, wat vond u van deze redenen (afkoop van de klachten in ruil voor zwijgplicht)? Waarom (aannemende dat u is meegedeeld dat het ziekenhuis heeft betaald voor stopzetten van klachtprocedures) was dat reden om melding van mevrouw Damink bij de inspectie te sluiten? Waarom werd niet zelf op onderzoek uitgegaan?

Ik heb regelmatig telefonisch contact gehad met mevrouw Damink en ik ga er vanuit dat deze telefoonnotities in het dossier staan opgetekend. Mevrouw Damink heeft mij niet meegedeeld dat de klacht zou worden afgekocht. Dat zou zeker een reden geweest zijn voor nader onderzoek. Zij heeft wel meegedeeld dat zij de klacht introk. Over haar beweegredenen kan ik mij niets herinneren. Wel herinner ik mij dat een en ander haar zeer

raakte. Mevrouw Damink belde regelmatig en ook met meerdere instanties. Zo herinner ik mij dat ik mevrouw Erica Terpstra aan de telefoon heb gehad die door mevrouw Damink benaderd was in haar toenmalige hoedanigheid als lid van de Tweede Kamer. Ik ben vermanend toegesproken door mevrouw Terpstra om het goed in de gaten te houden. Dit gaf nogal wat ergernis want ik had mevrouw Terpstra niet nodig om deze klacht serieus te nemen. In de jaren rond 2001 stond de IGZ heel sterk op het standpunt dat de instellingen zelf voor de klachtafhandeling moeten zorgdragen en dat de IGZ daarna bij de Raad van Bestuur navraag deed of zij de aanbevelingen van de klachtencommissie opvolgde. Dit was hier dus niet aan de orde omdat de klacht werd ingetrokken. De IGZ stelde destijds steeds nadrukkelijk dat zij geen klachtenbehandelingorgaan was. Nogmaals van disfunctioneren van de heer Jansen was de IGZ niet op de hoogte op dat tijdstip.

6. *Op 5 februari 2002 vond weer regulier overleg plaats met raad van bestuur van MST. In het verslag niets over Damink en dr. Jansen. Waarom heeft u de gang van zaken in oktober/november 2001 niet opgebracht?*
Dat kan ik mij niet herinneren. Kennelijk werd de klacht door het intrekken daarvan niet als ernstig gewaardeerd.
7. *In 2002 en 2003 speelt een klacht van de heer Hollander, onder andere over indicatiestelling en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar bij de zorg voor zijn overleden echtgenote. De klacht van de heer Hollander wordt maar heel beperkt gegrond verklaard. Desondanks wilt u nader onderzoek naar de medische kant van de zo tragisch afgelopen behandeling van mevrouw Hollander. Waarom? De commissie-Hoekstra beschikt niet over een onderzoeksverslag: kunt u zich nog herinneren wat in dit verslag heeft gestaan?*
De klacht van de heer Hollander is samen met de Inspecteur voor de medische hulpmiddelen behandeld en is moeizaam verlopen. Ik herinner me twee bezoeken thuis bij de heer Hollander in Ruurlo. Het verkrijgen van technische gegevens over de medische hulpmiddelen was moeizaam, voor zover ik mij kan herinneren. Ik kan geen uitspraken meer doen over het onderzoeksverslag. Het verband met de zaak Damink is mij overigens niet duidelijk.
8. *Eerder, in de jaren negentig, waren er spanningen in de vakgroep neurologie waar de inspectie twee keer bij betrokken is geweest. Wist u van deze spanningen en van de betrokkenheid van uw collega-inspecteurs? Hoe verliep de (dossier- en kennis) overdracht binnen de inspectie van de ene op de andere inspecteur? Hoe heeft u gezorgd voor een goede overdracht aan de heer Nugteren, die u in juni 2004 heeft opgevolgd? Wist hij van u over "de vreemde vogel Jansen Steur" en over de klachten van Damink en Hollander?*
In de jaren negentig was ik niet betrokken bij de vakgroep neurologie van het MST. De overdracht van dossiers tussen inspecteurs verliep mondeling en via de dossiers. De lijnen tussen de inspecteurs waren kort; men zag elkaar vrijwel dagelijks.
Ik deelde een kamer met de heer Nugteren en de overdracht was zowel mondeling als via het dossier. Ik geloof niet dat de heer Nugteren bemoeienis met de zaak Hollander heeft gehad.
9. *Eind 2003 informeert een apotheker de inspectie over een verslaafde neuroloog uit Enschede. Er wordt een telefoonnotitie opgesteld. Bent u op de hoogte gebracht van deze melding?*
Misschien is mij dat gemeld, maar dat kan ik mij niet herinneren.
10. *Deed u bij de raad van bestuur van MST weleens navraag naar de stand van zaken met betrekking tot de afhandeling van klachten bij de klachtencommissie en over de uitvoering van de door de raad van bestuur overgenomen aanbevelingen?*
Dit gebeurde in het reguliere overleg en zo nodig schriftelijk na afhandeling van een klacht door de klachtencommissie met aanbevelingen aan de Raad van Bestuur.
11. *Op 10 maart 2004 belde een journalist van 'De Telegraaf' naar de inspectie met vragen naar een aan opiaten verslaafde, inmiddels op non-actief gestelde neuroloog in Enschede. De heer Nugteren neemt hierover contact op met de raad van bestuur van MST. Waarom hij en niet u?*
In verband met FPU was 13 mei 2004 mijn laatste werkdag bij de IGZ en vooruitlopend daarop waren al zaken die door zouden kunnen lopen aan de heer Nugteren overgedragen.

12. *De heer Zijlstra heeft in mediaoptredens verklaard dat hij de inspectie terstond en meermalen heeft ingelicht over de verslaving van Jansen. Hij hoopte dat zo druk op de ketel zou blijven bestaan om zo te voorkomen dat Jansen zou terugkeren. Er werd voor onderzoek door de inspectie gepleit, etc. Wat kunt u zich van deze contacten met de heer Zijlstra herinneren? Zo wordt melding gemaakt van een (telefonisch) contact tussen u en de heer Zijlstra op 17 maart 2004. Klopt dat?*

De heer Zijlstra stond niet bekend om een adequate communicatie met de IGZ en zijn mediaoptreden neem ik met een grote korrel zout. Mocht er telefonisch contact tussen mij en de heer Zijlstra geweest zijn op 17 maart 2004 dan moet dat vermeld staan in het dossier.

13. *Op 23 maart 2004 voerden u en de heer Nugteren regulier overleg met de raad van bestuur van MST. Volgens de heer Zijlstra "ontplofte" hij toen hij van u en de heer Nugteren vernam dat de inspectie nog niets had gedaan. Klopt dit? Zo niet, hoe verliep het gesprek dan?*

Ik heb de heer Zijlstra nooit zien "ontploffen". Hij had reden genoeg gehad om dat eerder te doen naar aanleiding van het functioneren van de heer Jansen. Ik kan mij dit gesprek niet herinneren en verwijst u wederom naar het dossier.

14. *Op 16 april 2004 belde mevrouw Van der Wilden-van Lier van Menzis over gebruik van u-bochtconstructie en uitschrijven van recepten voor eigen gebruik op eigen en andermans naam. Op 19 april 2004 volgde brief met verslag. Inspectie zegde toe dit verder te onderzoeken. Hoe werd dit onderzoek in gang gezet.*

Ik heb mij toen in verband met mijn aanstaande vertrek bij de IGZ niet meer bezig gehouden met dit dossier. Dit zal de heer Nugteren ongetwijfeld weten.

15. *Met wie heeft u over het disfunctioneren van dr. Jansen binnen de inspectie gesproken. In het clusteroverleg, met de hoofdinspecteur en de inspecteur-generaal?*

Alle klachten en signalen over disfunctionerende specialisten werden in het clusteroverleg besproken. Slechts in speciale gevallen met landelijke consequenties werd de hoofdinspecteur of inspecteur-generaal geïnformeerd.

16. *Zijn er onderwerpen die in deze vragen niet aan de orde zijn gekomen, maar waarop u wel graag de aandacht van de commissie wilt vestigen?*

Neen.

mr. J.D. Veltman

4 maart 2010

De heer Veltman is op 1 januari 1998 toegetreden tot de raad van commissarissen en was vanaf 1 januari 2005 tot 1 januari 2010 voorzitter. Hij is afgetreden vanwege de statutair bepaalde maximale lidmaatschapsduur van twaalf jaar. De heer Veltman is advocaat.

Het Medisch Spectrum Twente is in 1989 ontstaan door een fusie van het katholieke ziekenhuis Stadsmaten en het algemene ziekenhuis Ziekenzorg. Door de samenvoeging van deze beide organisaties moest een aantal leden van de beide raden van bestuur vertrekken. De daaropvolgende periode kenmerkte zich als een periode van discontinuïteit, met het zoeken, vinden en (niet kunnen) behouden van (interim)managers en het naar elkaar toe moeten groeien van culturen. De voorganger van de heer Veltman heeft deze periode wel eens beschreven als een periode waarin de financiële bodem uit de organisatie viel. Deze periode duurde met ups en downs globaal tot het aantreden van de heer Bijker als voorzitter van de raad van bestuur, in 1997, die gedurende zijn langere zittingsperiode van zeven jaar in financieel opzicht orde op zaken heeft gesteld. Maar tegelijkertijd kregen de medisch specialisten de ruimte en de neiging hun invloed op de algemene gang van zaken in het ziekenhuis disproportioneel te laten gelden. De heer Bijker is eind 2003 met pensioen gegaan.

De zoektocht naar een adequaat bestuur leidde in het zicht van het vertrek van de heer Bijker tot de keuze voor een voorzitter van de raad van bestuur waarvan werd verwacht dat deze met de nodige stevigheid tot organisatorische veranderingen zou komen. Daarbij werd als een pre gezien dat de toenmalige kandidaat, de heer Ramaker, bijzondere aandacht had voor patiëntenzorg (de heer Ramaker was ooit begonnen als verpleegkundige). De heer Ramaker was behoorlijk confronterend naar de raad van bestuur en de eigen staf. Het leidde tot een begin van noodzakelijke veranderingen, maar ook tot het vertrek van de heer Zijlstra en het vervangen van diverse stafmedewerkers en tot conflicten met het medisch stafbestuur. Begrijpelijk, want het medisch stafbestuur stond onder voortdurende druk van de medisch specialisten om hun belangen te dienen. Dat was al eerder tot uitdrukking gekomen in negatieve advisering over een kandidaat-lid van de raad van bestuur door het medisch stafbestuur en het kwam in de periode van de heer Ramaker tot uitdrukking in een aanvankelijke afwijzing van de voorstellen van de heer Ramaker om tot invoering van Resultaatsverantwoordelijke Eenheden te komen. Dat ging gepaard met beeldvorming door specialisten van de voorzitter van de raad van bestuur als niet op voldoende niveau. De hele gang van zaken culmineerde in een oproep van de raad van commissarissen aan het medisch stafbestuur om tot een modus vivendi te komen. Daarover werden tijdens de Paasdagen van 2005 positieve afspraken vastgelegd. Echter, enkele dagen later werd het medisch stafbestuur door de medisch specialisten teruggefloten. Het medisch stafbestuur had onvoldoende mandaat. Doordat de heer Ramaker in die situatie onverstandig handelde, kon de raad van commissarissen niet anders besluiten dan tot een afscheid van hem. Dat gebeurde op 25 april 2005. De heer Zijlstra was al in april 2004 vertrokken. Het feit dat de heer Ramaker gedurende bijna een jaar alleen de raad van bestuur vormde, had te maken met de algemene verhoudingen. Daarin was het niet gemakkelijk een aantrekkelijke aanvulling op de raad van bestuur te vinden. Bovendien wilde de raad van commissarissen naar een raad van bestuur van drie leden, bestaande uit een voorzitter, een portefeuillehouder financiën en een portefeuillehouder patiëntenzorg. Dat voorstel stuitte gedurende lange tijd op weerstand ("te duur") bij de Ondernemingsraad. Toch was al ruim voor het vertrek van de heer Ramaker een aanvang genomen met het zoeken naar uitbreiding van de raad van bestuur. Samen met de heer Ramaker en de toenmalige voorzitter van het medisch stafbestuur heeft de heer Veltman rond de jaarwisseling 2004/2005 gespreken gevoerd met search bureaus en er waren ook al c.v.'s gepresenteerd. Door het vertrek van de heer Ramaker werden die eerste selecties zonder waarde. Er moest immers eerst worden gezocht naar een nieuwe voorzitter. Bovendien was al voor het vertrek van de heer Ramaker besloten dat deze dringend interim ondersteuning behoefde. Dat leidde tot de komst van de heer Overkamp (voormalig directeur Antoniusziekenhuis Nieuwegein en ervaring met ziekenhuisfusie: man met grote ervaring in de gezondheidszorg). Na het vertrek van de heer Ramaker werd ook de heer Keim als interim-manager aangetrokken, als tweede man naast de heer Overkamp die toen met het voorzitterschap werd belast.

In de vacature Ramaker is per 1 februari 2006 de heer professor dr. Kingma benoemd als voorzitter van de raad van bestuur. Hij kreeg op 1 juni 2006 versterking van de heer Vos als portefeuillehouder financiën en per 1 januari 2007 van mevrouw Lensink als portefeuillehouder zorg- en bedrijfsprocessen. De heer Vos moest in 2008 wegens ziekte terugtreden en werd opgevolgd door de heer Hilbers.

De heer Veltman beoogt met deze toelichting een verduidelijk te geven over de achtergronden van de diverse mutaties binnen de raad van bestuur. Binnen de organisatie is men onder voorzitterschap van de heer Kingma akkoord gegaan met de invoering van onder meer de resultaatverantwoordelijke eenheden, de aanzet tot duaal management en met intercollegiale toetsing. De heren Ramaker, Overkamp, Keim, Kingma, Vos en Hilbers en ook mevrouw Lensink hebben achtereenvolgens dusdanig sturing, vorm en inhoud aan de organisatieverandering gegeven, dat er binnen het ziekenhuis nu een gezond evenwicht bestaat tussen alle interne en externe stakeholders. Dat is een vertrouwenwekkende constatering.

De heer Veltman deelt, zij het met enige reserve, wel het idee van de heer Hoekstra dat, los van de onmiskenbare kwaliteiten van de eerder genoemde bestuurders, de organisatieverandering ook zal zijn gestimuleerd door de invoering van de marktwerking. Het opschudden van de organisatie werd daardoor mede uitgedaagd.

De raad van commissarissen van het Medisch Spectrum Twente is de facto een raad van toezicht en functioneert ook als zodanig. De statuten bevestigen dat. Bij de fusie, in 1989, is gekozen voor de naam 'Raad van Commissarissen' om het ondernemende karakter van het ziekenhuis te symboliseren. Inmiddels heeft de naam raad van commissarissen zijn langste tijd gekend. Binnen afzienbare tijd zal het gremium 'Raad van Toezicht' gaan heten.

De raad van bestuur, destijds bestaande uit (alleen) de heer Ramaker, heeft in augustus 2004 in de schriftelijke mededelingen die waren gevoegd bij de agenda voor de op 23 augustus 2004 gehouden vergadering van de raad van commissarissen, onder het kopje *"personele ontwikkelingen"* melding gemaakt dat de raad van bestuur *"afscheid heeft genomen van dr. Jansen Steur, neuroloog, na een intern afstemmingstraject met de medische staf en externe coördinatie met de Inspectie voor de Gezondheidszorg"*.

De kwestie Jansen stond niet separaat geagendeerd. Desgevraagd werd in de vergadering, bij de behandeling van de mededelingen, toegelicht dat dr. Jansen verslaafd bleek te zijn aan medicijnen die hij zich op een dubieuze wijze verschaftte en dat hij een eerdere ernstige waarschuwing in de wind had geslagen. Dr. Jansen had zijn praktijk in het Medisch Spectrum Twente daarom, op last van de raad van bestuur, terstond moeten beëindigen. Voor zover de heer Veltman zich herinnert, is in de toelichting niet aan de orde gekomen dat het incident zich al een aantal maanden eerder heeft afgespeeld. Vermoedelijk heeft de raad van bestuur gewacht tot dat de vaststellingsovereenkomst op 14 juni 2004 definitief was geworden door de ondertekening door dr. Jansen (na laatstgenoemde datum was er door de raad van commissarissen niet meer vergaderd). Er werd geen melding gemaakt van (vermoedens van) verkeerde diagnoses of van anderszins onverantwoorde zorg. De raad van commissarissen is evenmin eerder of anders op de hoogte gebracht van de problemen die in de loop van de jaren blijken te zijn ontstaan rond het functioneren van dr. Jansen. De voorganger van de heer Veltman, die als voorzitter van de raad van commissarissen tot 31 december 2004 frequent overleg had met de voorzitter van de raad van bestuur, heeft de heer Veltman niet anders geïnformeerd.

De raad van commissarissen kon zich in augustus 2004 vinden in de door de raad van bestuur gekozen afhandeling van de affaire Jansen, die als een ongelukkig incident werd gebracht en beschouwd. Voor zover de heer Veltman zich herinnert, is zelfs de naam van betrokkene niet eerder in een vergadering van de raad van commissarissen genoemd. De afhandeling van hetgeen destijds nog werd beschouwd als de ontknoping van een persoonlijke tragedie, werd door de raad van commissarissen adequaat gevonden, ook – en vooral – door de gememoreerde afstemming met de Medische Staf en inspectie: de inspectie was op de hoogte en de patiënten werden door collegae opgevangen.

In die periode vroegen een aantal majeure zaken veel aandacht van de raad van commissarissen. Als zodanig zijn, in willekeurige volgorde, te noemen: de wijziging van de organisatiestructuur door de vorming van resultaatsverantwoordelijke eenheden met de introductie van medeverantwoordelijkheid voor de medisch specialisten, het vertrek en de benoeming van de leden van de raad van bestuur, de lange termijn huisvestingsplannen Enschede, de organisatie en de toekomst van de vestiging Oldenzaal, het realiseren van het hartcentrum en de oprichting van de Medical School.

Naast deze onderwerpen kwamen, steeds wanneer daarvan sprake was, zeker ook problemen aan de orde die een bedreiging vormden of zouden kunnen gaan vormen voor de goede patiëntenzorg of het functioneren van het ziekenhuis. Als dergelijke bedreigingen werden gezien en besproken, de dreigende weigering van een vakgroep om nog langer in Oldenzaal te werken, ernstige ruzies binnen een andere vakgroep en ondergemiddelde prestaties van weer een andere vakgroep. Ook werd veel aandacht besteed aan het terugdringen van wachtlijsten en werd aan de hand van benchmark-gegevens

nagegaan of de prestaties (en de kwaliteit) van vakgroepen al dan niet achterbleven en waardoor dat dan werd veroorzaakt.

Voorts kwamen zeker ook persoonlijke ontwikkelingen aan de orde (de heer Veltman verwijst naar de zojuist geciteerde mededelingen van de raad van bestuur over het vertrek van dr. Jansen). Wanneer er geen indicaties bestonden dat deze individuele kwesties een goede patiëntenzorg of het functioneren van het ziekenhuis in gevaar brachten of zouden kunnen brengen, werd de afhandeling daarvan door de raad van bestuur, door de raad van commissarissen min of meer voor kennisgeving aangenomen. Aldus kwamen de lopende problemen binnen het ziekenhuis de facto op meta-niveau in de vergaderingen van de raad van commissarissen aan de orde. De raad van bestuur heeft de zich langzaam ontwikkelende affaire Jansen tot aan diens ontslag kennelijk niet onderkend als een zodanige bedreiging dat deze onder de aandacht van de raad van commissarissen moest worden gebracht. Dat was wel gebeurd in eerdere bijzondere gevallen. Er was dan meestal sprake van een gerezen conflict over een gedwongen vertrek. Dr. Jansen heeft zich evenwel zonder veel ophef geschikt in zijn vertrek.

De opvattingen over de taken van raden van toezicht van zorgorganisaties zijn in de loop der jaren geëvalueerd, vooral aan de hand van de achtereenvolgende governance codes. De eerste code was de Health Care Governancecode die in november 1999 werd gepubliceerd onder leiding van professor dr. P.L. Meurs. De daarin geformuleerde aanbevelingen over intern toezicht zoeken aansluiting bij de wettelijke regelingen voor commissarissen van structuurvennootschappen opgenomen in artikel 140, lid 2 van boek 2 Burgerlijk Wetboek en indiceren een minder directe betrokkenheid van de raad van toezicht bij de dagelijkse gang van zaken in de zorgorganisatie dan in latere governance codes is aanbevolen.

In de in december 2005 verschenen Zorgbrede Governancecode is vervolgens overwogen dat de aandacht van de raden van toezicht zich in het verleden vooral op het strategisch beleid en de financiën van de zorgorganisatie richtte, maar dat die beperking niet langer terecht werd geacht en dat ook onderwerpen als de kwaliteit van zorg, het patiëntenperspectief en de risicobeheersing de nodige aandacht van de raad van toezicht verdienen. De heer Veltman meldt dat de raad van commissarissen zich onder leiding van professor dr. P.L. Meurs in de materie heeft verdiept.

Deze ontwikkeling van het denken over governance en compliance, heeft ertoe geleid dat niet alleen de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid, maar ook het functioneren van individuele medisch specialisten en verpleegkundigen, alsmede de communicatie over en de registratie van tuchtrechtelijke procedures en claims alsmede, in het algemeen, incidenten die het goede functioneren van het ziekenhuis raken, nadrukkelijk de aandacht hebben gekregen in het overleg van de raad van commissarissen met de raad van bestuur. Incidenten werden en worden bovendien niet alleen in de plenaire vergaderingen besproken, doch ook aanstonds tussentijds een meer gedetailleerd met de voorzitter van de raad van commissarissen.

De afwikkeling rondom de klachtmelding van mevrouw Damink is destijds niet voorgelegd aan de raad van commissarissen. De heer Zijlstra heeft in een interview bevestigd dat de raad van commissarissen conform gebruik niet door hem was geïnformeerd. Het financiële belang van de overeenkomst was niet zodanig dat de raad van bestuur daartoe goedkeuring nodig had van de raad van commissarissen. Dat neemt niet weg dat deze overeenkomst nooit had mogen worden gesloten, althans zeker niet met daarin een geheimhoudings- en een boeteclausule. De toenmalige secretaris van de raad van bestuur heeft dit onderwerp destijds begeleid en heeft in kennelijke overijver gemeend de positie van het ziekenhuis "dicht te moeten timmeren".

De heer Zijlstra heeft de commissie Hoekstra aangegeven een aanzegging ontvangen te hebben van het Medisch Stafbestuur om te vertrekken. Er was kennelijk sprake van een spanningsveld tussen de machtige professionals en de raad van bestuur met daarboven de raad van commissarissen.

De heer Veltman bewaart een meer genuanceerde herinnering. Er was sprake van een parallelliteit van twee zaken: (i) de heer Ramaker gaf aan met de heer Zijlstra niet te kunnen bereiken hetgeen hij voor ogen had op het gebied van de organisatieverandering en (ii) het ook bij de raad van commissarissen bekende feit dat de heer Zijlstra problemen had met de Medische Staf. De heer Veltman, toen nog geen voorzitter, is niet bekend met de motie van wantrouwen en ook niet met de gronden waarop die door de Medische Staf zou zijn geïndiceerd. Of het kan zijn dat de heer Zijlstra doordrong in de vakgroep neurologie waardoor het mechanisme van afsluiting in werking trad, is de heer Veltman niet bekend.

De raad van commissarissen bestaat uit vijf personen met financiële, non profit bestuurlijke, ondernemers- en juridische achtergrond. Er is sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De medische professie heeft (nog) geen plek in de raad van commissarissen. Dat zou volgens de heer Veltman wel gekund hebben maar dan had wellicht vervolgens de vraag op tafel gelegen waarom er geen verpleegkundige zitting had in de raad. Overeenkomstig de meest recente governance code is kort geleden besloten dat de raad binnenkort zal worden uitgebreid met een persoon die beschikt over relevante kennis en ervaring in de zorg.

De heer Hoekstra vraagt of de heer Veltman hem, terugkijkend op de periode op het gebied van informatieverstrekking vanuit de instelling naar de inspectie en de informatieverstrekking van de inspectie naar de instelling, aanbevelingen voor de toekomst kan verstrekken.

Het contact met de inspectie verliep via de raad van bestuur en kreeg niet structureel aandacht in de raad van commissarissen. De heer Veltman meent in algemene zin dat alle rapportages van de inspectie ter inzage moeten worden verstrekt aan de raad van commissarissen. De raad van commissarissen werd wel geïnformeerd dat er een gesprek tussen raad van bestuur en inspectie had plaatsgevonden. Het is de heer Veltman uit navraag bij andere leden van de raad van commissarissen gebleken dat zijn herinnering aan de (niet)behandeling van de mededeling over het vertrek van dr. Jansen unaniem gedeeld wordt.

De raad van commissarissen (een delegatie daarvan) had zoals gebruikelijk in de jaren 2000 - 2005 (en ook daarna tot heden) een jaarlijkse reguliere ontmoeting met het Medische Stafbestuur in aanwezigheid van de raad van bestuur. De voorzitter van de raad van commissarissen en de voorzitter van het stafbestuur hadden regelmatig contact. Ook ontmoette een delegatie van de raad van commissarissen jaarlijks de ondernemingsraad, de cliëntenraad en (sedert haar oprichting) de medisch verpleegkundige adviesraad. De cultuur vanuit de raad van commissarissen werd daarmee vorm gegeven: alles is bespreekbaar. De voorzitter gaf daarbij ook nog de ruimte dat personen hem buiten de reguliere ontmoetingen konden spreken over zaken die mogelijk te precair zouden zijn om in de genoemde ontmoetingen aan de orde te stellen. Van deze gelegenheid is overigens, met uitzondering van het Medisch Stafbestuur, slechts sporadisch gebruik gemaakt.

In september 2005 nam de raad van commissarissen kennis van publicaties in de media over dr. Jansen. De heer Veltman heeft namens de raad aanstonds navraag gedaan bij de raad van bestuur. Dat leidde toen tot een memo. Dit memo is in het bezit van de commissie-Hoekstra. Er was op dat moment geen sprake meer van patiëntenrisico: de arts was immers niet meer werkzaam en de patiënten waren door zijn collegae onder hun hoede genomen. Uit het memo bleek dat er veel minder gevallen van misdiagnoses bekend waren dan door de pers was gesuggereerd en ook dat elk gremium dat voor de behandeling van deze kwestie van belang kon zijn, al bij de zaak was betrokken. De raad van commissarissen zag daarom op dat moment geen aanvullende rol voor zich weggelegd. Wel is aan de raad van bestuur gezegd dat de raad van commissarissen geïnformeerd wilde worden over, zo die er mochten zijn, nieuwe ontwikkelingen over deze kwestie. Tot januari 2009 heeft de heer Veltman evenwel niets meer vernomen.

De heer Veltman heeft, samen met een mede-commissaris, op 10 augustus 2005 overleg gehad met de inspectie. Dit overleg, zo licht de heer Veltman toe, ging over het vertrek van de heer Ramaker. De inspectie maakte zich zorgen over mogelijke discontinuïteit binnen de raad van bestuur en over eventuele consequenties daarvan voor verantwoorde zorg in het ziekenhuis. De inspectie toonde zich, gezien de voorgestelde maatregelen, gerust gesteld.

De inspectie heeft in het rapport van de commissie-Lemstra I gezegd dat zij te weinig informatie van de raad van bestuur heeft gekregen over dr. Jansen.

De heer Veltman licht toe dat hem uit niets is gebleken dat er tot aan januari 2009 bij de raad van bestuur het inzicht bestond dat de zaak zo ernstig was als uiteindelijk bleek. Dat geldt overigens ook voor vele andere gremia binnen het ziekenhuis. Kennelijk heeft niemand het voor mogelijk gehouden dat er in het ziekenhuis een arts heeft rondgelopen en gewerkt die disfunctioneerde zoals nu wordt verondersteld.

De raad van commissarissen heeft – als eerder gezegd – in 2004 het vertrek van dr. Jansen voor kennisgeving aangenomen. Toen de eerste berichten over mogelijk disfunctioneren kwamen, was dr. Jansen al bijna twee jaar niet meer actief en was er dus geen sprake van het risico dat patiënten door hem nog fout zouden worden behandeld.

In het licht 'aanbevelingen voor de toekomst', meldt de heer Veltman dat binnen het ziekenhuis een plan van aanpak 'Herstel van Vertrouwen' is gemaakt. Binnen het ziekenhuis is een aantal protocollen gericht op veiligheid en kwaliteit opgesteld en ingevoerd of worden binnenkort ingevoerd: intercollegiale toetsing, aanpak disfunctioneren artsen, ombudsman, klokkenluidersregeling etc. De protocollen richten zich op het op transparante en maximale wijze creëren van een organisatie waarbij situaties als die van dr. Jansen voorkomen kunnen worden. De raad van commissarissen heeft, voorzover de heer Veltman bekend tot aan zijn moment van vertrek, het volste vertrouwen in de heer Kingma en in de beide andere leden van de raad van bestuur en in de informatievoorziening door deze raad van bestuur. Niettemin is het van essentieel belang dat er een informatieprotocol wordt opgesteld waarin nauwkeurig wordt vastgelegd welke informatie de raad van bestuur aan de raad van commissarissen dient te verstrekken, opdat daarover nooit meer enige misverstand kan ontstaan. Aan een dergelijk protocol wordt thans gewerkt.

De heer Veltman heeft dit verslag op 7 april 2010 geautoriseerd.

Professor dr. G. van der Wal

9 maart 2010

De heer Van der Wal is tussen 1985 en 1996 werkzaam geweest bij de inspectie. Na tien jaar, op 1 oktober 2006, teruggekeerd als inspecteur-generaal. De heer Van der Wal trof bij zijn aantreden in 2006 een organisatie aan waarin in formele zin het reorganisatieproces afgerond was. Dit bleek niet het geval: er was sprake van een organisatie waar nog wel wat pijn en rancune in zat, maar toch ook wel een organisatie met veel mensen met goede nieuwe moed.

De heer Van der Wal vindt de vraag of de inspectie met haar huidige structuur (meer centralisatie nu in vergelijking met regionale autonomie toen) anders zou hebben gereageerd dan destijds met betrekking tot de casus dr. Jansen het geval is geweest, lastig en moeilijk. In ieder geval zou de melding centraal zijn binnengekomen. De heer Van der Wal denkt nog steeds dat wat toen is gedaan en gedacht op zich zelf begrijpelijk is en ook hoe met de raad van bestuur is omgegaan niet verkeerd is gedaan. Men hoopt dat men het anders zou hebben gedaan vanuit het idee dat de inspectie een lerende organisatie is en alerter dan ooit en handhavender dan ooit wil zijn. Voordat maatregelen getroffen worden, moet het idee bestaan dat er iets verkeerd is. Of de inspectie nu anders gereageerd zou hebben, weet de heer Van der Wal daarom niet zo goed. Wellicht zou iets kritischer gezegd worden dat in geval er sprake is van een verslaafde arts er niet zonder meer van uit gegaan kan worden dat de kwaliteit van zorg in orde zal zijn. Nu kan men de kwaliteitsindicatoren, die men toen nog niet had, bekijken.

Men is wijzer geworden over de verdeling van verantwoordelijkheden, wellicht zou de inspectie de raad van bestuur steviger aanspreken. De raad van bestuur zei in control te zijn: de inspectie heeft moeten erkennen dat de raad van bestuur de zaak niet goed in handen had. In die tijd, in 2003, lagen de verantwoordelijkheden toch wat diffuser. De kunst van het toezicht houden is het op welk moment de verantwoordelijkheid daar waar die hoort te laten en wanneer nader onderzoek te starten. Met centralisatie is beoogd dat er meer, betere voorwaarden ontstaan voor uniformer opereren. In het 'front office' (IGZ-loket) vindt de eerste schifting plaats. De heer Van der Wal veronderstelt dat de voorliggende casus wel langs de 80/20 regel zou zijn gekomen: front office werkt tachtig procent zelf af en stuurt twintig procent door naar de back office, nl. de accounthouder van de betrokken instelling. De accounthouder staat voor dezelfde vraag als de regionaal inspecteur toen.

De heer Van der Wal licht desgevraagd toe dat het informele overleg (niet wezenlijk anders dan voorheen de Keek op de Week), zonder operationele conclusies, in de voorbereiding op de ministerstaf nog steeds functioneert. In dit overleg komen met name politiekgevoelige en mediagevoelige actuele zaken aan de orde. Of de casus dr. Jansen nu in dit informele overleg aan de orde zou komen, weet de heer Van der Wal niet per se zeker.

De inspectie heeft na het rapport van de commissie Lemstra-I in het verlengde van de aanbevelingen een richtlijn opgesteld die is gericht op het beter omgaan met signalen van (mogelijk) disfunctioneren van medisch specialisten. Deze concept-richtlijn wordt binnenkort voorgelegd aan de minister. Een onderdeel van de richtlijn betreft het melden aan de inspectie van medisch specialisten die hebben gedysfunctioneerd, op het moment dat zij de instelling verlaten.

Wat is de definitie van disfunctioneren?

De heer Van der Wal reageert dat iedereen wel eens een incidentele fout maakt. Hij heeft vijftien jaar geleden, samen met de heer Lens, een eenvoudige definitie opgesteld: in algemene zin moet er sprake zijn van structureel onder de maat functioneren. Disfunctioneren in relatie tot verantwoorde/onverantwoorde zorg kan een arbitraire kwestie zijn. Bepaalde normen ontwikkelen zich onder invloed van de wetenschap. Het onvoldoende daarin meebewegen als ook op het gebied van niet samenwerken, niet voldoen aan eisen die door de beroepsgroep worden gesteld etc. kunnen aspecten zijn die vallen onder 'structureel onder de maat functioneren'. Om maatregelen te treffen dient het disfunctioneren aangetoond te kunnen worden.

Ziet de inspectie mogelijkheden in het helderder maken waar de verantwoordelijkheden liggen door aanscherping van de toelatingsovereenkomst?

De heer Van der Wal neemt morgen het RVZ advies over de toelatingsovereenkomst in ontvangst. Dit advies heeft de RVZ geformuleerd op verzoek van de inspectie. Veldpartijen kwamen niet uit de materie. De raad van bestuur is eindverantwoordelijk en heeft de bevoegdheid, maar beschikt onvoldoende over de instrumenten te reageren op niet goed functionerende medisch specialisten. Het advies van de RVZ reikt handvatten aan vooral in de sfeer van het door medisch

specialisten afleggen van verantwoording aan de raad van bestuur. De kernkwestie is informatie. Nu is het in vergelijking tot in 2003 beter mogelijk, hoewel nog steeds staand in de kinderschoenen, om kwaliteit en veiligheid te meten. Daarmee komt informatie beschikbaar om verantwoording te vragen en af te leggen.

Het RVZ advies richt zich op het neerleggen van aanwijzingsbevoegdheid bij de raad van bestuur. Daar zijn kanttekeningen, zoals de RVZ ook aangeeft, bij te plaatsen. De bevoegdheid ligt daar eigenlijk al: het gaat meer om het handen en voeten daaraan te geven.

Binnen de inspectie en tussen de inspectie en veldpartijen is naar aanleiding van de Staat van de Gezondheidszorg 2009 gesprek gaande op welke punten en op welke wijze de inspectie zou kunnen handhaven met betrekking tot veiligheid en kwaliteit. Zo kan de inspectie de raad van bestuur aanzeggen om bijvoorbeeld de IC te sluiten: de inspectie kan bevel geven. De inspectie kan niet een bevel geven aan de medisch specialist die in een instelling werkt. Dit betreft een gaatje in de wetgeving. Het is wel mogelijk een bevel te geven aan een beroepsbeoefenaar die voor zichzelf werkt dus buiten een instelling.

In reactie op de vraag van de commissie-Hoekstra of de heer Van der Wal de mogelijkheid ziet dat de inspectie de bevoegdheid krijgt om de toelatingsovereenkomst bij de minister voor nietigverklaring voor te leggen als deze overeenkomst niet voldoet aan de door de inspectie gestelde/te stellen minimale eisen bijvoorbeeld in de situatie dat de medisch specialist disfunctioneert, veronderstelt de heer Van der Wal dat hier op twee manieren tegen aan gekeken kan worden. De inspectie kan toezien of de overeenkomst voldoet aan de eisen. Het advies van de RVZ biedt een handvat hoe de overeenkomst kan voldoen aan de eisen van de wet- en regelgeving en/of van het veld. Op dit moment is er onvoldoende overeenkomst om van een zogeheten veldstandaard te kunnen spreken. De inspectie kan in deze situatie geen bevel geven, maar wel de minister adviseren een aanwijzing te geven of een dwangsom op te leggen. Als er sprake is van concreet disfunctioneren zou de inspectie met duwen en trekken de raad van bestuur moeten proberen te bewegen de specialist te schorsen, te ontslaan of zou de inspectie de specialist voor de tuchtrechter moeten brengen. Dit lijkt de heer Van der Wal een situatie waarin de inspectie dan teveel in de bevoegdheid van de raad van bestuur zou treden.

Het fenomeen doorzettingsmacht aan een hogere autoriteit om de balans weer in evenwicht te krijgen uit het oogpunt van publiek belang is een verschijnsel dat men in de maatschappij steeds meer ziet oprukken.

De heer Van der Wal kan wel meegaan in die gedachte, maar wel op een beetje rustige manier. Doorzettingsmacht kan met betrekking tot de positie van de raad van bestuur weer nieuwe ingewikkeldheden met zich mee brengen. De heer Van der Wal kan zich wel iets voorstellen bij een bevel vanuit de inspectie naar de medisch specialist. Doorzettingsmacht in de richting van een raad van bestuur met steun van de minister voor het sluiten van een IC afdeling lijkt een gedachte om verder uit te zoeken, maar deze vorm van macht inzetten bij personen, lijkt de heer Van der Wal wat ver gaan. Eerst spreken met de raad van toezicht en dan pas de weg naar de minister. Debat over informatieplicht moet ook in de ziekenhuizen gevoerd worden. In de praktijk komt het bij de inspectie een enkele keer voor dat contact opgenomen wordt met een raad van toezicht. Dat is dan wel een signaal van de inspectie aan de raad van toezicht dat de raad van bestuur niet naar behoren functioneert.

Is het voor de inspectie behulpzaam als de inspectie kan beschikken over visitatierapporten?

De visitatierapporten zijn primair bedoeld voor onderlinge visitatie en richten zich op het voldoen aan algemene kwaliteitseisen. De visitatie is ooit ingesteld als instrument voor het verkrijgen van vergunning voor of erkenning van de opleiding en verlenging daarvan. Later is daarbij de kwaliteitsvisitatie gekomen. De visitaties worden geïnitieerd vanuit de wetenschappelijke- en/of beroepsverenigingen. Veronderstelling is dat nu de meeste ziekenhuizen en de maatschappen aan dit systeem meewerken. De makke was echter dat de rapportages binnen de kring van de maatschap bleven. Onlangs heeft de Orde van Medisch Specialisten het standpunt ingenomen dat de visitatierapporten ook ter beschikking moeten komen van de raad van bestuur. Ten tijde van de casus dr. Jansen handelde de visitatie nooit over individuen; in ernstige situaties kwam de commissie hooguit eerder terug. Stel dat ten tijde van het functioneren van dr. Jansen visitatie was uitgevoerd, dan zou het heel goed mogelijk zijn geweest dat disfunctioneren binnen de groep zou zijn weggewerkt of weggehouden. Dit om de voortzetting van de opleidingsbevoegdheid niet in gevaar te brengen. De heer Van der Wal bevreemdt het nog steeds dat binnen de sector gezondheidszorg het voeren van functioneringsgesprekken in de hiërarchische lijn tussen raad van bestuur i.c. een medisch manager met medisch specialist nog nauwelijks plaatsvindt. De invoering van het IFMS systeem is een goede zaak. Er is op dit vlak sprake van beweging, maar het gaat zeer langzaam. Er is sprake van weerstand, angst voor openbaarheid en angst voor aandacht voor zaken die minder goed verlopen.

In het rapport-Legemaate is de aanbeveling opgenomen een besloten deel van het BIG- register in te stellen met daarin afspraken met de inspectie in relatie tot beroepsbeperkende maatregelen bij disfunctionerende specialisten. Daarvoor is naar de mening van de minister een wetswijziging vereist. De wetswijziging is ingewikkeld omdat niet elke beroepsbeperkende maatregel in brede kring bekend hoeft te worden. Een verklaring van goed gedrag en referenties verkregen vanuit het veld moeten met betrekking tot het aannemen van een nieuwe medisch specialist genoeg zijn. Het kijken in een afgesloten register zou niet hoeven tenzij men zegt dat het gaat om beroepsbeperkende afspraken. Maar in hoeverre dienen de afspraken openbaar te zijn? Hoe regelt men de toegankelijkheid? Zou het niet eenvoudiger en effectiever kunnen zijn dat een ziekenhuis duidelijk aangeeft dat een medisch specialist wel gedurende een te noemen periode polikliniek houdt, maar niet opereert. Het zou een onderdeel van de afspraak kunnen zijn die gemaakt wordt in het kader van de communicatieparagraaf naar derden en patiënten toe.

Een nieuwe werkgever vraagt in zijn algemeenheid altijd informatie op bij de vorige werkgever. Een register biedt alleen meerwaarde in het geval dat de medisch specialist voor zichzelf begint. Een communicatieparagraaf waarbij betrokkene zelf onderdeel is van de afspraak en waarbij controle door inspecteur die de afspraken maakt, mogelijk is, ziet de heer Van der Wal wel als een mogelijkheid die overigens nader onderzoek vergt.

De commissie-Hoekstra wijst de heer Van der Wal op de bekendheid van de inspectie met de frauduleuze handelingen van dr. Jansen op het gebied van receptvervalsing. Het bevreemdt de commissie dat deze handelingen vóór en op 24 mei 2004 weggestreept werden tegen de afspraak dat indien herhaling plaats zou vinden na 24 mei 2004 aangifte door de inspectie bij het openbaar ministerie gedaan zou worden.

De heer Van der Wal reageert hierop met de opmerking dat de inspectie vorig jaar in samenspraak met het openbaar ministerie een samenwerkingsconvenant heeft opgesteld waarin precies is aangegeven hoe inspectie en openbaar ministerie met elkaar om willen gaan en wanneer de inspectie een zaak aanbrengt bij het openbaar ministerie. Daarnaast heeft de inspectie in het afgelopen jaar vrij precies beschreven wanneer de inspectie welke stappen zet richting het tuchtrecht.

151

De inspectie heeft via de minister uitbreiding van haar handhavingskader voorgelegd met betrekking tot de situaties waarin een boete zou moeten worden opgelegd en of tot beroepsbeperkende maatregelen moeten leiden. De handhavingskaders over meldplicht en beroepsbeperkende maatregelen zijn nog niet openbaar; het samenwerkingsconvenant met het openbaar ministerie is aan de Tweede Kamer en de Eerste Kamer toegezonden.

De commissie Hoekstra toont de heer Van der Wal een kopie van een artikel waarin staat dat de casus van een medisch specialist met een alcoholprobleem in Venlo voorgelegd is aan het tuchtcollege. De parallellen met de casus dr. Jansen frapperen de commissie, doch met het grote verschil dat de inspectie nu wel een tuchtzaak aanspant.

De heer Van der Wal kan het verschil in aanpak verklaren. Hij is overigens niet op de hoogte van de details van de Limburgse zaak. De aanpak kan het gevolg zijn van de meer kritische houding van de inspectie naar zichzelf toe. In de afgelopen jaren is het beleid als het gaat om aanspannen van tuchtzaken binnen de inspectie aan de orde geweest (onderzoek naar jaren dat aantal tuchtzaken fors was en jaren dat aantal beduidend lager was). Eén van de conclusies is dat een tuchtzaak zeer tijdrovend is. Dit wil niet suggereren dat in 2003 om capaciteitsredenen geen tuchtklachtprocedure is ingesteld. Maar tijd en capaciteit zijn wel elementen in de afweging welke zaken wel of niet via het tuchtrecht worden aangepakt.

De heer Van der Wal meldt desgevraagd dat er samenwerking bestaat, met inbegrip van convenanten, tussen de IGZ en de andere inspecties zoals de Arbeidsinspectie, Voedsel en Waren Autoriteit etc. Fusies worden niet beoogd en zijn ook niet mogelijk. Het is allemaal inspecteren, toezien en handhaven, maar de aard en de inhoud van het toezicht zijn te verschillend. Het op één hoop gooien betekent geen efficiëntieverbetering.

De heer Van der Wal heeft dit verslag op 25 maart 2010 geautoriseerd.

drs. T.R. Zijlstra, arts

2 maart 2010

De heer Zijlstra is op 1 februari 2001 als lid toegetreden tot de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente. Er was sprake van een portefeuilleverdeling die in grote lijnen volgens de letterlijke woorden van de heer Bijker erop neerkwam: 'Henk [Bijker] is het boegbeeld en Tom[Zijlstra] is voor de zorgvernieuwing en de kwaliteit'. Zo was de verdeling op het moment van aantreden. De heer Bijker fungeerde als voorzitter van de raad van bestuur: als de raad van mening verschilde gaf de stem van de heer Bijker de doorslag. Alle sectoren en clusters waren verdeeld. Beiden hadden clusters van patiëntenzorg onder hun hoede en verder deed de heer Bijker economie en de nieuwbouw van het Hartcentrum en de heer Zijlstra de patiëntenservice, infrastructuur en techniek en wat dies meer zij. Onderwerpen als klachtenafhandeling, zorgvernieuwing en later de ICT zaten bij de heer Zijlstra. De medische specialisten daar waar het ging om praktijkvoering, conflicten binnen maatschappen en vakgroepen, financiële perikelen en aanstellingszaken zaten bij de heer Bijker. De heer Zijlstra is van oorsprong arts en heeft vóór zijn bestuurslidmaatschap bij het Medisch Spectrum Twente 13 jaar gewerkt als directeur in het ziekenhuis van Gorcum.

Op het moment van aantreden was de heer Zijlstra niet op de hoogte van problemen bij de vakgroep neurologie. Op 20 maart 2001 tijdens het reguliere overleg tussen raad van bestuur en de inspectie hoorde de heer Zijlstra voor de eerste maal over dr. Jansen. Toen werd de klacht van mevrouw Damink besproken. De klachtencommissie van het ziekenhuis had de klacht van mevrouw Damink onderzocht en grotendeels gegrond verklaard. De heer Zijlstra herinnert zich dat mevrouw Schoenmaker (inspectie) enigszins mopperde op de raad van bestuur omdat zij vond dat er getreuzeld werd met het nemen van maatregelen door de raad van bestuur. De heer Zijlstra is na dit overleg direct in de materie gedoken en heeft veertien dagen later een 'brief op poten' namens de raad van bestuur aan de dr. Jansen geschreven met zoals te doen gebruikelijk kopie aan de inspectie en aan mevrouw Damink.

In reactie op de vraag of de inspectie, na in de jaren negentig al twee keer eerder bemoeienis te hebben gehad met Medisch Spectrum Twente, extra alert was, kan de heer Zijlstra niets zeggen. Hij was toen niet werkzaam in het Medisch Spectrum Twente en was bij zijn aanstelling daarover ook niet geïnformeerd. In de maanden na zijn aanstelling heeft de heer Zijlstra kennis gemaakt met alle vakgroepen. In het kennismakingsgesprek met de vakgroep neurologie vielen de heer Zijlstra toen geen bijzonderheden op. Jansen was erbij maar zei niet veel. Van problemen in de vakgroep bleek toen niets.

Niet lang na dit eerste overleg met de inspectie diende mevrouw Damink een tweede klacht in. Deze klacht betrof het door dr. Jansen gebruik maken van bloed voor wetenschappelijk onderzoek zonder toestemming van mevrouw Damink. Op 12 juni 2001 heeft de heer Zijlstra een gesprek met mevrouw Damink gevoerd. Mevrouw Damink en de heer Zijlstra hebben samen het patiëntendossier (waarvan mevrouw Damink ook een exemplaar had) doorgesproken. Uit de gegevens bleek inderdaad dat dr. Jansen bloed voor DNA onderzoek had gebruikt zonder dat mevrouw Damink hierover was geïnformeerd. De heer Zijlstra en mevrouw Damink hebben de afspraak gemaakt allereerst de afhandeling van haar klachten door de klachtencommissie af te wachten. Kort daarna is de heer Zijlstra met vakantie gegaan. Bij terugkomst heeft de heer Zijlstra in augustus 2001 in de vergadering van de raad van bestuur gevraagd naar een dossier over dr. Jansen: er bestaat geen dossier was het antwoord van Bijker en Ten Vergert (secretaris raad van bestuur). De heer Zijlstra vond dit erg jammer, want hij had een intuïtief gevoel van 'niet pluis' bij Jansen. De heer Zijlstra heeft met de clustermanager, waaronder de vakgroep neurologie viel, afgesproken dat zij ieder incident dat zich vanaf die tijd rond Jansen zou voordoen, zou documenteren: bij gebrek aan een dossier zou er een dossier moeten worden opgebouwd. De clustermanager heeft regelmatig brieven geschreven waarin dr. Jansen 'in de houding werd gezet' zodra zich weer iets vreemds voordeed. Voorbeelden heeft de heer Zijlstra niet zo direct bij de hand. Tijdens het wekelijks overleg tussen de heer Zijlstra en de clustermanager werden de onderwerpen die laatstgenoemde schriftelijk had vastgelegd, besproken. Een paar jaar verder, in mei 2003, was er sprake van diefstal van medicijnen. De heer Zijlstra heeft zijn geheugen afgezocht, maar mede door het niet bezitten van eigen dossiers over zijn tijd bij het Medisch Spectrum Twente, is het hem niet mogelijk specifieke voorbeelden tussen 2001 en 2003 te noemen.

Op 15 februari 2002 heeft de inspectie een brief aan de heer Zijlstra gestuurd met het verzoek de klachten van de heer Hollander te onderzoeken. De klacht richtte zich op het feit dat na het overlijden bleek dat de diagnose die door dr. Jansen was gesteld, fout/twijfelachtig was (verslag obductie).

De heer Zijlstra kan zich de zaak niet direct herinneren, maar stelt stellig dat indien de inspectie zich tot de raad van bestuur wendt met het verzoek een onderzoek uit te voeren, dit absoluut gebeurt en dus ook gebeurd moet zijn.

Zoals in het rapport van de commissie Lemstra-I vermeld, werd de klacht door de klachtencommissie op één van de punten gegrond verklaard.

Relevante actie vanuit de raad van bestuur op dat ene punt moet zijn uitgevoerd aangezien de heer Zijlstra zijn houding in dit soort zaken in algemene zin als streng betitelt. Het zou hem zeer verbazen als die afhandeling niet terug te vinden zou zijn.

De heer Zijlstra herinnert zich later de heer Hollander gesproken te hebben en herinnert zich hem als een intimiderend en onheus optredende man. Hij eiste geld en anders zou hij naar de krant gaan. De heer Zijlstra weigerde. Het feitelijke klachtverhaal had zich overigens niet in Medisch Spectrum Twente maar in een ander ziekenhuis afgespeeld, meent hij zich te herinneren.

De commissie wijst de heer Zijlstra erop dat deze een brief geschreven heeft waarin aangegeven is dat de betrokken specialisten uitvoerig zijn gewezen op hun verantwoordelijkheid en dat zij conclusies over hun eigen functioneren hebben getrokken.

De heer Zijlstra veronderstelt dat de klacht mogelijk niet in zijn herinnering is blijven hangen omdat de raad van bestuur op dat moment meende genoeg aan de klacht te hebben gedaan. Wellicht niet tot genoegen van de heer Hollander, maar kennelijk in administratieve en inhoudelijke zin wel afgelegd met status 'afgerond'. Dat geschiedde in een gesprek op 16 december 2003 van de heer Zijlstra met de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie. Deze brief is door de heer Zijlstra ondertekend op 18 december 2003, acht dagen nadat dr. Jansen formeel op non-actief is gesteld. Deze datering verbaast de heer Zijlstra: in zijn herinnering speelde de klacht van de heer Hollander veel eerder. Met de kennis van nu meent de heer Zijlstra dat er hooguit sprake is van een wat curieus moment. Op dat moment was immers al bekend was dat dr. Jansen recepten vervalste en had Zijlstra hem de Ziektewet in gedwongen. In begin januari 2004 werd de materie rondom de verkeerd gestelde diagnoses pas bekend bij de heer Zijlstra, toen de andere neurologen die tegenkwamen bij patiënten die ze van Jansen hadden overgenomen.

Er is door de raad van bestuur over het overlijden van mevrouw Hollander geen melding gedaan bij de inspectie omdat mevrouw Hollander niet in Enschede is overleden maar in een ziekenhuis te Amsterdam. In reactie op de vraag van de heer Hoekstra of tussentijds van de inspectie reminders zijn ontvangen over de aanpak van de klacht-Hollander kan de heer Zijlstra zich niets specifiek herinneren. De raad van bestuur had volgens hem veel, om de twee of drie maanden, regulier overleg met de inspectie. Veelal werd de afspraak voor het volgende overleg aan het eind van de bespreking gemaakt. Men was van beide zijden gewend alle lopende zaken (waaronder dus ook de klacht-Hollander) door te nemen. De frequentie van twee à drie maanden vindt de heer Zijlstra desgevraagd en vanuit zijn professionele achtergrond als bestuurder in een ander ziekenhuis niet ongevoel. Die frequentie kan regionaal bepaald zijn. De heer Zijlstra is in zijn ruim twintigjarige loopbaan als ziekenhuisbestuurder altijd gewend geweest incidenten direct bij de inspectie te melden en over de voortgang frequent contact te onderhouden.

De heer Zijlstra geeft aan dat er sprake is van een meningsverschil tussen de inspectie en hem over het wel/niet in december 2003 melden van de receptvervalsing door dr. Jansen. De heer Zijlstra twijfelt er niet aan dat hij al in begin december 2003 de inspectie telefonisch geïnformeerd heeft over de vervalsing, het onderzoek en het in de Ziektewet sturen. Mevrouw Schoenmaker heeft gereageerd met woorden in de trant van 'dat is erg naar, heb je ervoor gezorgd dat de patiënten van Jansen worden overgenomen?'. Dit had de heer Zijlstra inderdaad al gedaan: met de vakgroep neurologie had hij afgesproken dat zij (en dan met name een nieuw aangetreden neurologe dr. Poels) de patiënten zouden overnemen. De heer Zijlstra benadrukt dat hij, als 'een door de wol geverfde' bestuurder, de inspectie absoluut zeker heeft geïnformeerd. De heer Zijlstra kijkt terug op zijn functioneren als bestuurder (twintig jaar) bij het ontslaan van medisch specialisten op grond van disfunctioneren. Altijd in nauw overleg, met medewerking, hulp en steun van de inspectie. Een raad van bestuur kan het zonder die steun nauwelijks bewerkstelligen. De methodiek één/tweetje werd als probaat instrument toegepast. Uit overleggen met mededirecteuren is het de heer Zijlstra gebleken dat deze methodiek in relevante situaties in den lande gebruikelijk is.

De ironie wil – aldus de heer Zijlstra – dat begin jaren negentig hij in zijn functie als bestuurder van het ziekenhuis in Gorkum geconfronteerd is geweest met eenzelfde soort situatie (verkeerde diagnosestelling door een neuroloog) en dat met behulp van de inspectie deze beëindiging tot een goed einde is gebracht. Ook dit staft de heer Zijlstra in zijn zeker weten dat hij in het Medisch Spectrum Twente niet anders gehandeld heeft en de inspectie onverwijld heeft geïnformeerd.

Dr. Jansen blijkt in mei 2003 medicijnen weggenomen te hebben uit de medicijnkast en eerst in december 2003 heeft de raad van bestuur daarover melding gedaan.

De heer Zijlstra zegt dat het om twee voorvallen gaat. In mei 2003 was de diefstal van medicijnen uit de verpleegafdeling. Hij dacht toen dat er een kans was om van Jansen af te komen. Ingewonnen juridisch advies gaf helaas aan dat het wegnemen van medicijnen onvoldoende reden/bewijs vormde voor een succesvolle ontslagprocedure. De juridisch deskundige twijfelde. De clustermanager heeft toen – in het kader van de afgesproken dossieropbouw – dr. Jansen vanwege het wegnemen van medicijnen schriftelijk gewaarschuwd. Het vervalsen van recepten door dr. Jansen kwam een halfjaar later, eind november 2003, aan het licht. Dat is ongehoord en een feitelijke misdaad en duidelijk wel voldoende grond om Jansen de laan uit te sturen. Dat is ook gebeurd.

Een Enschedese apotheker heeft vóór 18 november 2003 gesproken met de voorzitter van de medische staf. Deze voorzitter heeft de raad van bestuur geïnformeerd tijdens een gepland weekoverleg. Dr. Jansen is op 10 december met ziekteverlof gestuurd.

De heer Zijlstra kan in zijn agenda terugvinden dat de neurologen Hageman en Wilts hem en de clustermanager op de ochtend van 21 november 2003 hebben ingelicht over de vervalsing van recepten door dr. Jansen. Als het zo was dat de voorzitter van de medische staf de raad van bestuur het al eerder wist en toen niet direct de raad van bestuur op de hoogte heeft gesteld, dan betreurt de heer Zijlstra dat achteraf zeer. Zijlstra en de clustermanager hebben terstond dr. Jansen gesproken op de kamer van de heer Zijlstra. Hij ontkende niet. Zij hebben hem meteen naar huis gezonden en hem de toegang tot het ziekenhuis ontzegd. Op 10 december is dat formeel schriftelijk bevestigd.

Uitgaande van de door de heer Zijlstra aangegeven frequentie van regulier overleg ongeveer elke twee maanden tussen de inspectie en de raad van bestuur moet er ook overleg geweest zijn tussen mei en november 2003. Is het functioneren van dr. Jansen door de raad van bestuur dan wel door de inspectie in die periode aan de orde gesteld?

De heer Zijlstra veronderstelt het wel, maar kan het zich niet specifiek herinneren. Volgens zijn agenda was er een regulier overleg met de inspectie op 23 september 2003. Om onbekende redenen was dat het laatste overleg van 2003.

De afronding van de klacht (overeenkomst met afkoop) van mevrouw Damink in het najaar van 2001 is in de herinnering van de heer Zijlstra niet specifiek aan de orde geweest in het reguliere overleg. De heer Zijlstra licht toe dat deze afronding buiten hem om is gegaan: hij was verbijsterd over de afkoop en heeft zich er ontzettend over geschaamd. Vanaf augustus 2001 was de heer Zijlstra zich meer in de zaak dr. Jansen gaan verdiepen, omdat hij, zoals eerder aangegeven, het niet vertrouwde. Van de actie tot het overeenkomen van een vaststellingsovereenkomst met mevrouw Damink was hij echter niet op de hoogte. Dat was een eenzijdige actie van de heer Bijker. De secretaris van de raad van bestuur liet de heer Zijlstra weten dat beter ware dat hij zich niet daarmee zou bemoeien: de zaak was in behandeling bij de heer Bijker en letterlijk zei Ten Vergert hem toen: 'Henk (Bijker) wil dat zo, bemoei je er niet mee want dan brand je je vingers eraan'. De heer Zijlstra heeft dit aldus opgevolgd en het zo gelaten en vindt dit achteraf niet flink van hemzelf. De materie moet vanuit het lijstje lopende zaken zeker aan de orde zijn geweest in het reguliere overleg met de inspectie: niet in de zin van het melden/toelichten van het doofpotcontract maar wel als zijnde 'ingetrokken klachten'. Vanaf dat moment heeft dr. Jansen niet meer op het lijstje lopende zaken gestaan.

Op 10 maart 2004 vond er een telefoongesprek plaats tussen de voorzitter van de raad van bestuur, de heer Ramaker en de inspectie naar aanleiding van een vraag van een journalist van De Telegraaf. Uit het verslag blijkt dat de heer Ramaker zegt dat tot op dat moment de inspectie niet op de hoogte was gesteld omdat er geen sprake zou zijn van onverantwoorde zorg.

De heer Zijlstra herhaalt dat hij de inspectie begin december 2003 al telefonisch had ingelicht. Dr. Jansen was dan wel de ziektewet in gestuurd maar probeerde van meet af aan terug te komen: de heer Zijlstra was er op uit het contract met dr. Jansen te beëindigen. Het zogenaamde één-tweetje tussen inspectie en ziekenhuis was naast de opbouw van het dossier hét beproefde instrument om dat voor elkaar te krijgen. Op 12 december 2003 heeft hij de heer Ramaker, aanstaand bestuursvoorzitter, over de zaak ingelicht en op 15 december informeel de heren Snoep en Veltman uit de raad van commissarissen, die toen over een ander onderwerp bij hem waren. Op 18 december, na het officiële afscheid van de scheidende bestuursvoorzitter Bijker, ging Zijlstra met vakantie tot 5 januari 2004. Tijdens die vakantie informeerden de neurologen van de vakgroep op 21 december de heer Ramaker voor het eerst over een aantal verkeerde diagnoses van dr. Jansen. Dr. Jansen heeft de heer Zijlstra tijdens diens vakantie tussen Kerst en Oud en Nieuw telefonisch benaderd met zijn voornemen in januari weer aan het werk te gaan. De heer Zijlstra heeft gereageerd dat daar geen sprake van kon zijn: er waren ernstige feiten geconstateerd en nader onderzoek zou volgen. Meteen nadat hij na zijn vakantie

aan het werk ging, lichtte de heer Ramaker Zijlstra daarover in. In januari, februari en maart heeft de heer Zijlstra diverse malen met de inspectie gebeld. De heer Nugteren liep in die tijd als haar opvolger mee met mevrouw Schoenmaker. Mevrouw Schoenmaker heeft de melding over dr. Jansen op zeker moment in handen gegeven van de heer Nugteren. De heer Zijlstra heeft indringend gepoogd het bekende één-tweetje met de heer Nugteren op te zetten. Herhaalde malen drong hij er bij Nugteren met klem aan op het maken van een officiële melding als ook op het instellen van een formeel onderzoek door de inspectie.

Intmiddels meldde de nieuw aangetreden neurologe Poels in de maanden januari/februari 2004 meerdere malen bij de heer Zijlstra dat zij bij de van dr. Jansen overgenomen patiënten opnieuw een aantal verkeerd gestelde diagnoses had geconstateerd. De heer Zijlstra heeft zich wederom gewend tot de heer Nugteren: hij voelde zich wanhopig dat het noodzakelijke één-tweetje maar niet tot stand kwam en heeft de heer Nugteren haast gesmeekt er nu eindelijk werk van te maken, maar die kwam nog steeds niet beweging. In de loop van de derde of vierde week van februari ontving de heer Zijlstra tot zijn verbijstering opeens een bericht van de behandelend psychiater van dr. Jansen dat de behandeling was afgerond en dat dr. Jansen was genezen en zijn werk kon hervatten. Daarop heeft hij direct opnieuw de heer Nugteren gebeld en gevraagd een officieel onderzoek te starten. De heer Zijlstra meldt dat op 23 februari 2004 een regulier overleg tussen raad van bestuur en de inspectie stond gepland. De heer Zijlstra kon niet aanwezig zijn wegens een kaakabces. Voor zover hem bekend is het overleg wel doorgegaan. De heren Zijlstra en Ramaker hadden op 16 februari in voorbereiding op dit gesprek immers afgesproken dat de heer Ramaker de beëindiging van het contract met dr. Jansen daar aan de orde zou stellen.

In reactie op de vraag van de heer Hoekstra of het de heer Zijlstra bekend is dat er ook contacten liepen tussen de medische staf en de inspectie acht hij dit wel mogelijk maar daartoe geen concrete voorbeelden te kunnen noemen, behalve dat een lid van de vakgroep neurologie in december de casus anoniem aan de inspectie had voorgelegd om te weten te komen hoe in een dergelijk geval gehandeld zou moeten worden. De mogelijkheid dat medisch specialisten de inspectie nog vaker hebben benaderd is voor hem niet te staven. Indien medewerkers andere contacten gehad zouden hebben met de inspectie, is dat de heer Zijlstra nu niet bekend en ook niet bekend geweest toen. Toen er in de eerste maanden van 2004 meerdere gevallen van verkeerde diagnoses van dr. Jansen aan het licht kwamen heeft de heer Zijlstra de vakgroep neurologie bijeen geroepen en werd afgesproken dat zij door middel van een 'file search' zouden zoeken of er bij reeds afgesloten patiënten van Jansen van verkeerde diagnoses sprake was.

In hoeverre die 'file search' resultaten opleverde, heeft de heer Zijlstra niet meer mee gemaakt. Een maand later was er sprake van een aanvaring tussen de heer Zijlstra en het medisch stafbestuur (over een ander onderwerp, niet over de casus dr. Jansen). De verhoudingen binnen de nieuwe raad van bestuur waren niet optimaal. De heer Bijker ging eind 2003 met prepensioen. Hij en Zijlstra adviseerden in de zomer van 2003 met klem tegen de aanstelling van Ramaker als nieuwe bestuursvoorzitter, zij vonden hem niet geschikt. Maar de raad van toezicht sloeg hun advies in de wind en zette de benoeming door. Ramaker steunde Zijlstra niet in diens conflict met het medisch stafbestuur. Vanaf dat moment brak voor de heer Zijlstra een moeilijke periode aan waarin hij voor een deel thuis was en 'zijn huid trachtte te redden en zo duur mogelijk te verkopen'. Vanaf 7 april 2004 zat hij niet meer aan het stuur in de zaak dr. Jansen en twee maanden later verliet hij het ziekenhuis definitief. Overigens moest de heer Ramaker zelf al in het begin van 2005 het veld ruimen, een jaar na zijn aanstelling, daarmee volgens de heer Zijlstra het 'postume' gelijk van Bijker en Zijlstra aantoonend.

De heer Zijlstra heeft in elk geval het positieve rapport van de psychiater van dr. Jansen naast zich neer gelegd en eind februari 2004 een brief geschreven waarin hij twee opties voor vertrek van dr. Jansen heeft voorgesteld: vrijwillig vertrek of gedwongen ontslag met de nodige tuchtrecht- en strafzaken. Deze opzet werd op 16 februari in de raad van bestuur afgesproken en zou op 23 februari volgens afspraak door Ramaker worden voorgelegd tijdens het reguliere overleg raad van bestuur en inspectie (Zijlstra was toen afwezig wegens een kaakabces) teneinde het bekende één-tweetje eindelijk definitief af te spreken en de steun te verwerven van de inspectie bij de verwijdering van Jansen uit het ziekenhuis – ook al meende zijn psychiater dat hij wel weer werken kon. Op 26 februari hebben de heer Zijlstra, de clustermanager en een functionaris P&O vervolgens dr. Jansen gesproken en is dr. Jansen onder dwang van het opgelegde dilemma akkoord gegaan met een vrijwillig vertrek: dr. Jansen zou vrijwillig met OBU gaan en niet terugkeren in het ziekenhuis. Het duurde even voordat dr. Jansen zijn handtekening plaatste (vanwege afwikkeling van details rond zijn prepensioen uit de vertrekregeling). Vervolgens heeft de heer Zijlstra contact gelegd met de officier van justitie over dr. Jansen, de reden van de beoogde vertrekregeling alsmede de toegezegde steun van de inspectie. Deze officier van justitie, mr. P. van der Valk, verwees de heer Zijlstra door naar een collega omdat haar man als specialist in het ziekenhuis werkt. Die collega nam

later contact met de heer Zijlstra op. De naam van deze officier van justitie kan de heer Zijlstra zich niet meer herinneren. De officier van justitie is (terughoudend) akkoord gegaan onder voorbehoud dat indien zich strafbare feiten voorgedaan zouden hebben, hij op zijn akkoord terug kon nemen. Het akkoord is uiteindelijk pas afgerond in augustus 2004 zo veronderstelt de heer Zijlstra: hij was toen zelf niet meer in functie.

De heer Zijlstra was vanuit de raad van bestuur alleen nog aanwezig bij het regulier overleg met de inspectie op 23 maart 2004. Na het telefoontje van 'De Telegraaf' begin maart en vermoedelijk vanuit Den Haag aangespoord door de hoofdinspecteur Edgar is de heer Nugteren 'eindelijk aan het werk gegaan'. Tot verbazing van de heer Zijlstra richtte de heer Nugteren zich toen niet zoals voor de hand lag voor nadere informatie tot het Medisch Spectrum Twente dat alles voor hem beschikbaar had, maar tot de regionale zorgverzekeraar Menzis. De reden voor die tijdrovende omweg heeft de heer Zijlstra nooit begrepen.

In het concept verslag van 23 maart, opgesteld door de inspectie, heeft de heer Zijlstra destijds een aantal wijzigingen aangebracht, maar niet over het deel dat rapporteerde over dr. Jansen (retourzending via fax 4 mei). In dat deel wordt geen melding gemaakt van afspraak dat de officier van justitie zou worden gebeld.

De heer Zijlstra heeft toen zelf over de zaak het woord gevoerd. Dat gedeelte was correct genotuleerd. Het zou in de lijn der verwachting hebben gelegen dat het punt wel genoemd zou zijn, maar het is mogelijk dat het gesprek met de officier van justitie pas na dit overleg is gevoerd. Het is de heer Zijlstra inmiddels gebleken dat de tijdsbalk in zijn herinnering niet altijd even betrouwbaar is. De heer Zijlstra heeft een groot deel van april echter niet gewerkt en herinnert zich dat het ten tijde van zijn telefoongesprek met de officier van justitie maart was, hij zat in zijn auto en het was in ieder geval koud buiten. Het telefoongesprek kan echter ook tussen 23 maart en 7 april gevoerd zijn.

In reactie op de vraag welke aanbevelingen gericht op toekomstig functioneren van de inspectie wenselijk zijn, geeft de heer Zijlstra aan over het niet/laat/traag reageren van de inspectie een niet erg enthousiaste herinnering te bewaren. Hij heeft nooit begrepen waarom de inspectie zo lang geaarzeld heeft de rol op te nemen in het landelijk toch ook wel gangbare een-tweetje model. Wellicht was het onervarenheid van de heer Nugteren in zijn nieuwe rol. De periode van dr. Jansen blijkt zich uit te strekken over twaalf jaar. Waarom is er niet veel eerder opgetreden toen het kon, zo vraagt de heer Zijlstra zich af. De heer Zijlstra vindt het overigens teleurstellend dat het rapport van de commissie Lemstra-I geen woord wijdt aan de individuele rollen van de bestuurders van het Medisch Spectrum Twente over de gehele periode. Alle bestuurders uit die periode worden over één kam geschoren. De heer Zijlstra vindt dat hem daarmee geen recht is gedaan, hij was in feite de enige bestuurder die wél iets deed en dr. Jansen binnen drie jaar het ziekenhuis wist uit te werken. In het rapport Lemstra-I gaat men ervan uit dat de raad van bestuur al die twaalf jaren als eenheid heeft geopeerd. In feite was dat zelden het geval en daar zou wel eens een oorzaak kunnen liggen voor de lange inactiviteit van het bestuur in deze casus.

Er zijn meer feilen in het rapport Lemstra-I, zoals het spreken van een 'doofpot' bij de verwijdering van dr. Jansen. Zijlstra vindt dat een Pavlov-reactie: als een commissie tegenwoordig geen doofpot vindt dan kan de commissie niet goed zijn. Maar er was toen helemaal geen doofpot (waarover later). Met de heer Ramaker werd niet eens gesproken en ook niet met de meeste andere bestuurders uit de periode 1992 – 2001. Men had zowel van de zijde van de raad van bestuur als van de inspectie natuurlijk veel eerder – al ruim voor 2001 - moeten en kunnen ingrijpen. Het disfunctioneren van dr. Jansen speelde immers al vanaf 1992. De heer Zijlstra heeft in zijn functioneren als bestuurder in het algemeen altijd goede contacten gehad met de inspectie en heeft vele contractbeëindigingen wegens disfunctioneren in afstemming met de inspectie goed kunnen doen verlopen. Maar waarom is de situatie rond dr. Jansen dan zo anders verlopen?

De heer Zijlstra herinnert zich dat de vakgroep neurologie betreffende dr. Jansen zich moegestreden voelde. Zij kregen in de jaren negentig geen steun van de toenmalige raad van bestuur: ze geloofden er niet meer in. In het voorjaar van 2002 heeft de heer Zijlstra samen met de clustermanager nog eens gesproken met de vakgroepcoördinator, de neuroloog Nihom. Wilden de neurologen niet collectief het vertrouwen in dr. Jansen opzeggen? Dan zou er een voldoende hard feit liggen om de raad van bestuur een onderzoek te laten instellen. De heer Nihom liet tot zijn spijt weten dat zijn collega's er niet voor voelden. Terugkijkend naar opleidingsvisitaties vanuit de wetenschappelijke vereniging van neurologen kan gesteld worden dat de vakgroep neurologie lang heeft willen instaan voor dr. Jansen. Zij waren bang de opleiding van arts-assistenten neurologie te verliezen. De visitatiecommissies spraken ook met de heer Zijlstra, gesprekken waarin hij zijn zorgen over Jansen uitte. De daaruit voortvloeiende rapportages waren weliswaar kritisch, maar niet alarmerend. De andere neurologen gaven zelf in de jaren 2001 – 2003 desgevraagd regelmatig bij de heer Zijlstra aan dat dr. Jansen wel

een vreemde vogel was, maar dat ze konden instaan voor de kwaliteit van diens werk. Niet alle zaken werden de raad van bestuur gemeld. Vanuit het idee dat collega-medici geneigd zijn 'elkaar de hand boven het hoofd te houden' is een inspectie nodig om de artsen van het nut en de noodzaak te overtuigen dat meldingen van onzorgvuldig gedrag gedaan moeten worden in het licht van goede patiëntenzorg en kwaliteitsverbetering. Terugkijkend kan het zo zijn dat de inspectie te weinig kritisch is geweest. De inspectie vulde toen meer de rol in van partner dan van controleur/inspecteur. Het model één-tweetje had weinig met structuur te maken, maar was wel erg praktisch. Het werkte tenminste en had te maken met een goede, veelal persoonsgebonden, relatie met de inspecteurs. De heer Zijlstra was toen al een voorstander van de latere lijn van de heer Kingma gericht op het invoeren van prestatiegegevens om het functioneren van ziekenhuizen en medisch specialisten meer te objectiveren.

De heer Zijlstra is het oneens met de gedachte dat het in het belang van het imago van het ziekenhuis zou zijn om te versluieren wanneer een medisch specialist vanwege disfunctioneren (onvrijwillig) het ziekenhuis verlaat. Integendeel, het werkt voor een ziekenhuis eerder positief dat het zijn 'kneuzen' en probleemgevallen aanpakt. Openbaarheid biedt de gelegenheid te tonen dat het ziekenhuis het begrip kwaliteit van patiëntenzorg serieus neemt. Het vertrek van dr. Jansen betrof dan ook beslist geen doofpot, maar een adequate en snelle verwijdering van een disfunctionerende medisch specialist, waarbij de vertrekregeling het ziekenhuis in verhouding weinig geld kostte (de veel duurdere wachtgeldverplichting kon omzeild worden) en dr. Jansen verder kon gaan met zijn leven. (Wachtgeld hoeft overigens niet uitgekeerd te worden als het ontslag van betrokkene 'door eigen schuld' is, maar de advocaat van dr. Jansen zou in dit geval met succes een beroep op diens kennelijke ziekte gedaan hebben). De verwijdering van dr. Jansen werd uiteraard niet aan de grote klok gehangen maar het werd zeker niet geheim gehouden uit angst voor reputatieschade voor het ziekenhuis, zoals wel beweerd wordt. Het wel eens veronderstelde spreekverbod bestond ook niet, de inspectie en het Openbaar Ministerie waren op de hoogte gesteld en de gedupeerde patiënten werden opgespoord en ingelicht.

In deze zaak is sprake van veel tragiek, zeker bij de gedupeerde patiënten maar ook bij dr. Jansen zelf en bij de inspectie. De inspectie is jaren later in de val getrapt toen dr. Jansen in 2006 door een psychiater opnieuw genezen werd verklaard. Een merkwaardige herhaling van zetten. De inspectie kon toen niet anders doen dan toestemming geven aan dr. Jansen om te mogen werken in Duitsland. Aan een dergelijke procedure valt veel te verbeteren, zo meent de heer Zijlstra.

De heer Zijlstra heeft dit verslag op 22 maart 2010 geautoriseerd.

Bijlage 9

Geraadpleegde literatuur

Adviescommissie IGZ, 'Op weg naar Gezond Vertrouwen. Advies over de strategie voor de IGZ.' Den Haag mei 2001

Algemene Rekenkamer, 'Inspectie voor de Gezondheidszorg'. Den Haag 4 februari 1999. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26 395, nrs. 1-2

Algemene Rekenkamer, 'Implementatie Kwaliteitswet zorginstellingen'. Den Haag 10 juni 2009. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 961, nrs. 1-2

Externe Onderzoekscommissie MST, 'En waar was de patiënt...?'. Enschede 1 september 2009

Erik Hout, Eline Nienhuis, Brenda Frederiks, Johan Legemaate, 'De Inspectie voor de Gezondheidszorg en het tuchtrecht'. Amsterdam, september 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarrapportage 2000. Den Haag juni 2001

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarrapport 2001. Den Haag mei 2002

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg anno 2002. Den Haag 2002

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarrapport 2002. Den Haag juni 2003

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarrapport 2003. Den Haag juni 2004

Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Zoeken naar een inspectiecanon'. Zutphen 2004

Inspectie voor de Gezondheidszorg, '1804-2004. Tweehonderd jaar toezicht van staatswege op de gezondheidszorg en volksgezondheid'. Den Haag 2004

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarbericht 2004. Den Haag mei 2005

Inspectie voor de Gezondheidszorg, '10 jaar Inspectie voor de Gezondheidszorg'. Den Haag 2005

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarverslag 2005. Den Haag mei 2006

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarbericht 2005. Den Haag mei 2006

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarverslag 2006. Den Haag juni 2007

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarbericht 2006. Den Haag juni 2007

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Den Haag november 2007

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarverslag 2007. Den Haag mei 2008

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarbericht 2007. Den Haag mei 2008

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Werkplan 2009. Handhaven met effect. Utrecht december 2008

Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ-handhavingskader. Richtlijn voor transparante handhaving. Den Haag 12 december 2008

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Onderzoeksverslag inspectiehandelen bij gebeurtenissen rond een neuroloog in Twente. Den Haag 17 februari 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarverslag 2008. Den Haag mei 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarbericht 2008. Den Haag mei 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg, De Staat van de Gezondheidszorg. De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid in de zorg. Den Haag november 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Werkplan 2010. Vertrouwen en verifiëren. Utrecht december 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Arbeidsinspectie, VROM-inspectie, Voedsel en Waren Autoriteit, Inspectie Verkeer en Waterstaat, Jaarplan rijksinspecties ziekenhuizen 2010. Den Haag december 2009

Jong, C.A.J. de, I. Dam en H.A. de Haan, 'De verslaafde dokter'. In: Medisch Contact 12 februari 2009

Professor mr. dr. J. Legemaate, 'Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit'. Amsterdam 12 mei 2009

P. Lens en G. van der Wal, 'Een onderzoek naar dysfunctioneren van specialisten'. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 1994; 138: blz. 1127-1131

P. Lens en G. van der Wal, 'Problem Doctors. A Conspiracy of Silence.' 1997

Medisch Spectrum Twente, Jaarverantwoording 2008. Enschede 2009

Nationale ombudsman, 'De Inspectie voor de Gezondheidszorg: een papieren tijger? Onderzoek naar het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de zorg voor verstandelijk gehandicapten.' Den Haag 3 december 2009

Onderzoeksraad voor Veiligheid, 'Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in het UMC St. Radboud'. Den Haag 28 april 2008

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 'Governance en kwaliteit van zorg'. Den Haag 2009

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 'De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg.' Den Haag 2010

Bijlage 10

Verantwoording

De commissie heeft zich in eerste instantie gericht op beantwoording van de eerste onderzoeksvraag: wie binnen de inspectie voor de gezondheidszorg wanneer over welke relevante informatie met betrekking tot de neuroloogcasus Medisch Spectrum Twente beschikte in de periode 2000 (eerste melding bij de inspectie) tot januari 2009 (start intern inspectieonderzoek) en wat betrokkenen met die informatie hebben gedaan.

In dit verband heeft de commissie kennis genomen van de reeds uitgevoerde onderzoeken van de inspectie zelf en van de commissie Lemstra-I. Daarnaast heeft de commissie-Hoekstra op 23 december 2009 een uitgebreid informatieverzoek aan de inspecteur-generaal voorgelegd. De Inspecteur-Generaal voor de Gezondheidszorg heeft op 1 april 2010 laten weten dat de commissie voorzien is van alle relevante informatie. In een brief van 2 april 2010 heeft de commissie de inspecteur-generaal bedankt voor zijn medewerking aan dit onderzoek en de informatieverzetting in dit verband. Behoudens in de voetnoten vermelde omissies in dossiers heeft de commissie zich op grond van de door de inspectie informatie een gedegen beeld kunnen vormen en daarmee de grondslag kunnen leggen voor dit onderzoek.

De commissie heeft na bestudering van deze informatie oriënterende gesprekken gevoerd met de inspecteur-generaal, met de Nationale ombudsman mr. A. Brenninkmeijer, met professor mr. dr. J. Legemaate en met mevrouw mr. B.A. Prins, hoofd van de afdeling juridische zaken en handhaving van de inspectie. Hiernaast zijn gesprekken gevoerd met direct betrokkenen binnen de inspectie, maar ook (oud-)bestuurders en (oud-)medewerkers van het Medisch Spectrum Twente, ambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en anderen. Voor een deel waren dit verkennende gesprekken, dat wil zeggen gesprekken van het secretariaat van de commissie met betrokkenen die in voorkomend geval een vervolg in een formeel gesprek met de commissie zouden kunnen krijgen. Van de formele gesprekken zijn geautoriseerde verslagen opgesteld die in bijlage 8 zijn opgenomen. In bijlage 7 staan de namen vermeld van degenen met wie de commissie heeft gesproken. De commissie heeft betrokkenen de gelegenheid gegeven vertrouwelijke mededelingen te doen. Deze zijn niet in de verslagen opgenomen.

In totaal heeft de commissie 26 personen uitgenodigd voor een oriënterend, een verkennend dan wel een formeel gesprek. Geen van deze 26 personen was verplicht om met de commissie te spreken. Eén persoon, professor dr. G. van der Wal, is zowel voor een oriënterend als voor een formeel gesprek uitgenodigd. Eén andere persoon, mevrouw mr. A.H. Schoenmaker-Miedema, kon om strikt persoonlijke redenen geen gesprek met de commissie voeren. Zij was wel in staat op vragen van de commissie schriftelijk te reageren. De antwoorden zijn in bijlage 8 opgenomen. Een derde persoon, drs. R. Ramaker, liet de commissie weten dat hij “na ampel beraad tot de conclusie [was] gekomen dat ik geen behoefte heb om met de commissie-Hoekstra te spreken. Wat dus betekent dat ik geen gebruik wens te maken van uw uitnodiging.”²⁸³ De heer Ramaker is vervolgens gevraagd om de commissie schriftelijk dan wel per e-mail te antwoorden op feitelijke vragen van de commissie. Op dat verzoek is geen reactie van de heer Ramaker meer ontvangen. De heer Ramaker was voorzitter van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente van 1 oktober 2003 tot 1 januari 2006. De commissie heeft de heer B.D. Keim uitgenodigd voor een gesprek. De heer Keim was lid van de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente van 1 juli 2005 tot 1 oktober 2006. De heer Keim heeft op deze uitnodiging niet gereageerd en de commissie kon hem niet op een andere wijze bereiken. Bij het verkennende gesprek met mevrouw G.M. Damink-Huisman en de heer H. Damink was op verzoek van mevrouw G.M. Damink-Huisman de heer H. van der Ploeg van Drost Letselschade en Rechtspraak aanwezig.

De door de commissie gevoerde gesprekken hebben geleid tot contacten met weer andere personen. In totaal heeft de commissie 36 personen in het kader van haar onderzoek gesproken, waarvan een aantal op vertrouwelijke basis.

De door de commissie gevoerde gesprekken waren aanleiding om bij verschillende instanties aanvullende informatie en documentatie op te vragen. Het betrof hier in eerste instantie, zoals in de onderzoeksopdracht al vermeld, het archief van de inspectie. Ook uit andere – openbare – bronnen heeft de commissie geput

²⁸³ E-mail van drs. R. Ramaker aan de secretaris van de commissie van 23 januari 2010 10.28 uur

voor haar onderzoek. Deze informatie en documentatie hadden niet alleen betrekking op de eerste onderzoeksvraag naar de feitelijke gang van zaken binnen de inspectie in deze casus in de periode tussen 2000 en 2009. Maar ook kwam de tweede vraag van de onderzoeksopdracht aan de orde: het doen van mogelijk aanvullende aanbevelingen inzake systeemoptimalisatie en operationele verbeteringen in de huidige werkwijze van de inspectie om soortgelijke situaties in de toekomst goed het hoofd te kunnen bieden. De hoofdstukken 2, 3 en 4 heeft de commissie in het kader van hoor en wederhoor voorgelegd aan de inspecteur-generaal. Deze heeft op 2 april 2010 feitelijke verbeteringen en aanvullingen aan de commissie voorgelegd, die de commissie dankbaar heeft beoordeeld en verwerkt in deze onderzoeksrapportage.

De secretaris van de commissie heeft op 18 maart 2010 het IGZ-loket in Utrecht bezocht en daar gesprekken gevoerd. Hij heeft op 22 maart 2010 het regionaal meldingenoverleg specialistische somatische zorg in de regio noordwest bijgewoond. Beide bezoeken waren bedoeld om meer inzicht te krijgen in het huidige functioneren van de inspectie en de wijze van omgang met meldingen binnen de inspectie.

De commissie heeft bij de uitvoering van dit onderzoek medewerking gekregen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In het bijzonder wil de commissie drs. V.M. Theunissen en mevrouw ir. M. Hof voor hun medewerking bedanken. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft aan dit onderzoek bijgedragen. In het bijzonder bij het verzamelen van de benodigde informatie en documentatie was de inspectie in de persoon van mevrouw A.M. van Gunsteren behulpzaam. De commissie heeft tijdens haar onderzoek gebruikt gemaakt van werkruimtes en faciliteiten van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Graag spreekt de commissie haar erkentelijkheid voor deze gastvrijheid uit. Mevrouw drs. E.C. Mooijman fungeerde als chef de bureau van de commissie. Mevrouw N.E. Roos-Sneep verzorgde als notuliste de in bijlage 8 opgenomen gespreksverslagen.

Bij de afronding van haar onderzoek heeft de commissie een aantal deskundigen haar belangrijkste bevindingen voorgelegd en bij hen getoetst. Het gaat hier om drs. W. Geerlings, professor drs. M.H. Meijerink en professor dr. H.A.P. Pols. Deze gesprekken hadden niet het karakter van draagvlakverwerving. Degenen die als klankbord van de commissie hebben gefungeerd hebben zich op geen enkele wijze aan dit onderzoek, de hierin opgenomen bevindingen, conclusies en aanbevelingen gecommitteerd. De commissie heeft haar eigen conclusies getrokken en heeft het verslag van dit onderzoek opgesteld op de van haar gevraagde en verwachte onafhankelijke wijze.

Bijlage 11

Over de commissie

Mr. R. J. (Rein Jan) Hoekstra (Dokkum, 25 november 1941) studeerde Nederlands recht aan de Rijksuniversiteit Groningen, was advocaat en procureur en maakte in 1970 de overstap naar het ministerie van Binnenlandse Zaken. Van 1975 tot 1986 was hij raadsadviseur van het ministerie van Algemene Zaken. Van 1 juli 1986 tot 1 juli 1994 was de heer Hoekstra secretaris-generaal van het ministerie van Algemene Zaken. Sindsdien is hij lid van de Raad van State.

Hij was voorzitter van de onderzoekscommissie lading van het op 4 oktober 1992 verongelukte El Al-toestel (1997-1998) en lid van de onafhankelijke commissie naar de veiligheid van de heer W.S.P. Fortuyn voorafgaand aan de aanslag op hem op 6 mei 2002 (commissie-Van den Haak, van 14 mei 2002 tot 20 december 2002). In 2008 voerde hij een onafhankelijk onderzoek uit naar diertransporten op verzoek van de minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit.

De heer Hoekstra vervult een aantal nevenfuncties, waaronder het voorzitterschap van de raad van toezicht van de stichting Bronovo-Nebo in Den Haag.

De heer Hoekstra werd bij de uitvoering van dit onderzoek bijgestaan door dr. H.P.M. (Bert) Kreemers. Bert Kreemers (Maastricht, 14 mei 1955) studeerde politicologie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam en promoveerde in 2009 aan de Universiteit Leiden op een onderzoek naar de aanschaf van Nederlandse gevechtsvliegtuigen. Van 2007 tot 2010 was Bert Kreemers adjunct-algemeen secretaris van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Eerder was hij secretaris van de adviescommissie-Opperbevelhebberschap (commissie-Franssen, van september 2001 tot april 2002).

Commissie-Hoekstra

mr. R.J. Hoekstra voorzitter
dr. H.P.M. Kreemers secretaris

Adres

ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Colofon

Ontwerp en druk: vijfkeerblauw
Eindredactie: John Galinsky